

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON
U.E.R. DE MÉDECINE LYON SUD - OUEST

N° d'Orde 280

Année 1976

L'INSTITUTION IMPOSSIBLE
OU
" QUELQUES REMARQUES SUR LES VICISSITUDES
DES METIERS DE REPARATEURS "

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 2 Juillet 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DEALBERTO Marie - José

née le 26 Août 1948

à VALLON PONT D'ARC (Ardèche)

L'INSTITUTION IMPOSSIBLE
OU
" QUELQUES REMARQUES SUR LES VICISSITUDES
DES METIERS DE REPARATEURS "

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 2 Juillet 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DEALBERTO Marie - José

née le 26 Août 1948

à VALLON PONT D'ARC (Ardèche)

UNIVERSITEIT LEIDEN
FACULTEIT DER RECHTEN

1878

1878

L'INSTITUTION IMPOSSIBLE

OU

"QUELQUES REMARQUES SUR LES VICISSITUDES
DES MIÈRES DE REPARATEURS"

THÈSE



A L'UNIVERSITE DE LEIDEN
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 JUILLET 1878
PAR
M. J. VAN DER WOUDE

PARIS: G. VAN OESTERHOUT

1878

A M. J. VAN DER WOUDE

1878

1878

1878

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD OUEST

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président : Mr le Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Mr le Professeur EL BAZ

Deuxième Vice Président : Mr P. PONCET, Maitre-assistant

Troisième Vice Président : Mr M.H. BONNET, étudiant

Secrétaire Général de l'Université : Mr J. RAMBAUD, Administrateur civil

Unités d'Enseignement et de Recherche (U.E.R.)

U.E.R. de Médecine GRANGE-BLANCHE : Mr le Docteur B. SALLE, Maitre de Conférences

U.E.R. de Médecine ALEXIS-CARREL : Mr le Professeur C. GIROD

U.E.R. de Médecine LYON-NORD : Mr le Professeur J.P. GARIN

U.E.R. de Médecine SUD-OUEST : Mr le Professeur J.M. ROBERT

U.E.R. des Sciences Pharmaceutiques : Mr le Professeur L. ODDOUX

U.E.R. des Techniques de Réadaptation : Mr A. MORGON, Maitre de Conférences

U.E.R. de Biologie Humaine : Mr le Professeur J.C. CZYBA

U.E.R. d'Education Physique et Sportive : Mr A. MILLON, Professeur d'E.P.S.

U.E.R. des Sciences Odontologiques : Mr le Docteur R. VINCENT

U.E.R. de Mathématiques : Mr le Professeur H. BUCHWALTER

U.E.R. de Physique : Mr le Professeur R. UZAN

U.E.R. de Chimie et Biochimie : Mr le Professeur J. HUET

U.E.R. des Sciences de la Nature : Mr le Professeur J. BRUN

U.E.R. des Sciences Physiologiques : Mr R. FONTANGES, Maitre de Conférences

U.E.R. de Physique Nucléaire : Mr le Professeur A SARAZIN

U.E.R. de Mécanique : Mr le Professeur J. MATHIEU

Observatoire de Lyon : Mr le Professeur J.H. BIGAY

I.U.T. 1 : Mr le Professeur B. POUYET

I.U.T. 2 : Mr J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554226_0015

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD OUEST

PROFESSEURS TITULAIRES

Mrs BRUN Jacques	Clinique Pneumo-Phtisiologique
COLOMB Daniel	Dermatologie
GIRARD Paul	Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène mentale
GUILLEMIN Georges	Clinique Chirurgicale
LATARJET Michel	Clinique Chirurgicale
MAYER Marcel	Cancérologie
NORMAND Jean	Cardiologie
NOTTER Armand	Gynécologie Obstétrique
PINET Edouard	Radiologie
PLAUCHU Marcel	Endocrinologie et Médecine Interne
ROBERT Jacques	Chaire de Génétique Médicale
TOLOT François	Médecine Interne - Médecine du Travail
VACHON Alphonse	Clinique Médicale - Maladies de l'Appareil digestif
VINCENT Daniel	Chaire de Biochimie appliquée

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Mrs BRAILLON Georges	Anatomie
GILLY Robert	Pédiatrie
LAPRAS Claude	Neuro-Chirurgie
LOUISOT Pierre	Biochimie
MORET Robert	Biophysique
PERRIN FAYOLLE Max	Pneumo-Phtisiologie
SITE Jean	Mathématiques - Statistiques - Informatique
VIALLIER-RAYNARD Jean	Bactériologie - Virologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr ARCHIMBAUD Jean Pierre	Urologie
BERARD Philippe	Chirurgie Générale
BERTRAND Jean Louis	Maladies Infectieuses
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
Mrs BOUVIER Maurice	Rhumatologie
CABANAC Michel	Physiologie
CROISILLE Marc	Radiologie
DE VILLARD Régis	Neuro-Psychiatrie
DUBOIS Paul	Histologie
HAGUENAUER Jean-Paul	O.R.L.
JEANNEROD Marc	Médecine Expérimentale
JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
LAIR Jacques	Stomatologie
LEVRAT Roger	Médecine Interne
LOIBARD PLATET Roger	Séméiologie Chirurgicale
MICHEL Albert	Anesthésiologie
MOLLARD Pierre	Chirurgie Infantile
PALLIARD Pierre	Séméiologie Médicale
REBOULLIAT Jacques	Chirurgie Générale
REVILLARD Jean Pierre	Néphrologie
ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
TERRET Hubert	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
TETE Roger	Médecine Interne
THOULON Jean-Marie	Gynécologie Obstétrique
TOUBOUL Paul	Cardiologie
TRILLET Marc	Neurologie

COMPOSITION DU JURY

MM.	le Professeur COLIN (Président)	U.E.R. Grange-Blanche
	le Professeur J. GUYOTAT	U.E.R. Alexis-Carrel
	le Docteur J. VEDRINNE (Maître de Conférence Agrégé)	U.E.R. Lyon-Nord
	le Docteur J. PELLET (Maître de Conférence Agrégé)	U.E.R. Saint-Etienne
	le Docteur M. NIQUE	

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COLIN

Nous le remercions de l'attention qu'il nous a portée.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

**Monsieur le Docteur J. VEDRINNE
(Maître de Conférence Agrégé)**

**Monsieur le Docteur J. PELLET
(Maître de Conférence Agrégé)**

Nous les remercions de leurs enseignements.

Monsieur le Docteur M. NIQUE

*Nous attachons une importance particulière
à sa présence dans ce jury.*

A MES PARENTS

A JEAN - LUC ET CATHERINE

A JEAN, CAMILLE, DANIEL, JEAN - YVES

AUX HABITANTS DU FOULON

AUX HABITANTS DE LA RUE TAINE

AUX HABITANTS DU CENTRE DE SAINT - CYR,

Ils introduisent une dimension collective dans ce travail.

Manquer d'imagination,

c'est ne pas imaginer le manque.

MAI 68.

Il ne faut pas voir la réalité telle que je suis.

ELUARD

*Il faut porter encore en soi un chaos
pour pouvoir mettre au monde une étoile dansante.*

NIETZSCHE

L'INSTITUTION IMPOSSIBLE

OU

“QUELQUES REMARQUES SUR LES VICISSITUDES
DES METIERS DE REPARATEURS”

E. GOFFMAN.

Je veux essayer ici de raconter St-Cyr, comment c'était, comment on y vivait ; ce que j'ai ressenti quand j'y suis arrivée, ce que j'ai pu vivre, et en quoi cela m'a changée ; je veux essayer de retracer ma démarche en ce lieu, comment j'ai été amenée à repenser beaucoup d'idées sur mon travail de psychiatre, sur la fonction de la psychiatrie, et sur ce que c'est que d'être fou. Je pense que raconter ce qu'a été St-Cyr pour moi peut permettre à ceux qui liront ce travail de mieux appréhender ma démarche, et les idées que je développerai, parfois peu conformes à celles qui ont cours.

Quand j'ai commencé à travailler en psychiatrie, j'ai été très surprise de constater le parallèle entre la pathologie somatique et la pathologie mentale. J'avais déjà constaté en tant qu'interne en médecine, la fragilité de cette organisation de la pathologie, qui visait plus à classer les symptômes qu'à appréhender le sens de la maladie ; j'avais été effarée de voir combien peu le malade qui arrive à l'hôpital "rentre" dans ce cadre rigide de la pathologie que j'avais appris à la faculté, combien les conditions de travail, la manière de vivre, les conditions socio-économiques et culturelles influaient sur cette pathologie, combien les médicaments, tout en étant nécessaires, n'étaient pas suffisants pour "guérir". Idées un peu vagues, mal formulées, qui me venaient devant tel malade dont les médecins n'arrivaient pas à savoir ce qu'il avait et qu'ils se sentaient impuissants à guérir, de par ce fait, mais qui continuait à venir, porteur de questions dont je ne saisisais pas le sens.

Le champ psychiatrique m'apparaissait plus ouvert, n'enfermant pas l'individu dans cet organe clos, malade, qu'il faut enlever, ou soigner, ou changer, organe malade qui est responsable de toute maladie. Et j'ai été d'autant plus surprise de constater que la psychiatrie était calquée sur la médecine. Au lieu d'avoir le foie malade, on était schizophrène, ou dépressif, ou dément. Le psychiatre faisait le diagnostic de la maladie mentale suivant le même mode d'approche qu'a le médecin pour faire le diagnostic d'une "vraie" maladie, recherchant les symptômes, les troubles de telle fonction ... Je reconnaissais la nécessité d'une telle démarche pour classer les maladies mentales, mais je n'en comprenais pas le sens. A quoi cela sert-il de savoir que tel individu manifestera sa souffrance en étant schizophrène, si on n'essaie pas de savoir d'où vient cette souffrance même et

pourquoi il deviendra schizophrène. Il me semblait qu'une telle démarche diagnostique empêchait le psychiatre de voir autre chose que ce diagnostic, établissant un rapport d'objectivation qui ne lui permettait pas de considérer l'individu en face de lui comme quelqu'un comme lui ; une telle relation, possible en médecine, me semblait impossible en psychiatrie.

En même temps, j'étais saisie par le froid asilaire, par la mort qui rodait en ces lieux ; mort qui n'avait pas le même masque qu'ailleurs, mais plus présente encore parce que niée. L'aspect figé de tout et de tous, cette routine morne qui se répétait inlassablement, le totalitarisme de ces institutions, dites soignantes, qui servent à enfermer les gens, à les exclure du monde et de la vie, qui donnent tout pouvoir aux soignants sur les soignés, je ne pouvais percevoir cet univers que comme un monde où la vie n'existait plus, un univers de morts-vivants.

J'avais essayé, comme beaucoup, de changer cela ; et je m'étais heurtée à l'inertie asilaire, à ce pouvoir de neutralisation et d'annulation de l'asile ; les murs étaient aussi bien dans la tête des gens que dans la réalité, la liberté existait mais on ne pouvait être libre. Les murs, les clés, les uniformes, tout me semblait fait pour créer cette maladie asilaire dont on ne réchappe pas ; je comprenais les gens qui disent : "l'asile , on n'y rentre pas toujours fou, mais on est sûr d'être fou en en sortant".

C'est alors que j'ai entendu parler de St-Cyr : une institution neuve, ouverte, sans murs, sans clés, où il était possible de vivre, j'ai choisi d'en approcher, de venir y vivre.

La première question que je me suis posée en arrivant, c'est : "qui est qui ?". Je repérais quelques rares personnes en blouse blanche, que je pensais pouvoir identifier comme infirmiers ; d'autres avaient cet air un peu perdu, pas tout à fait sur terre, qui me faisaient penser que c'étaient peut-être eux "les malades", mais ils n'avaient pas cette apparence de non-être que j'avais appris à reconnaître chez les "vieux malades d'asile". En fait, la majorité des gens était inidentifiable, de quelque côté que ce soit, et je me suis mise à penser que peut-être, il n'y avait pas de côté.

En même temps que j'observais ces gens, je sentais que j'étais observée, plus comme quelqu'un avec qui on va vivre, que comme un nouveau médecin, et je me suis mise moi aussi à les regarder comme des gens avec qui j'allais passer du temps, avec quoi j'allais vivre. Peu à peu, j'ai appris qui était qui, mais j'ai toujours gardé vivante en moi cette première impression, et je n'ai plus eu besoin de mettre les gens d'un côté ou de l'autre pour me situer.

J'étais surprise par la liberté d'être que je percevais ; je ne sais comment la décrire, comment exprimer en mots ce que je ressentais profondément. On n'était pas obligé de paraître, on pouvait être ... être ce qu'on était, derrière un rôle, une fonction. On n'était pas obligé d'être

toujours de bonne humeur, on pouvait être triste, déprimé, ou ne pas avoir envie de parler ou "aller mal". On pouvait être agressif, dire ce qu'on avait envie de dire ; ne pas toujours être le soignant disponible, toujours prêt à tout régler, à tout comprendre ; avoir toujours ce masque de bienveillance et de neutralité pour être un "bon soignant".

Attirée, fascinée, effrayée, je me situai peu à peu dans ce lieu, dans cette mouvance d'existences. Cette liberté d'être que je n'avais jamais éprouvée dans un lieu de travail, je percevais qu'elle transformait radicalement les rapports entre les gens, et pas seulement entre ceux qui travaillaient et pas seulement les rapports de travail, qu'on ne pouvait se contenter de "travailler" en un tel lieu, qu'il fallait y être. Je découvrai que je n'avais plus peur d'un tel espace "libre", où l'on pouvait d'une certaine manière vivre ses fantasmes ; les autres non plus n'en avaient pas peur, et cette possibilité d'exister sans masque, sans fard, permettait de rencontrer l'autre sans ces barrières, ces défenses qui servent à nous protéger de l'autre.

Peu à peu, j'ai appris à connaître les gens ; on me racontait l'histoire du service, quelqu'un venait me raconter ce qu'il avait vécu à St-Cyr, j'avais une place ; je ne savais pas bien laquelle. Dans un tel service, où la prescription de médicaments était exceptionnelle, où les dossiers restaient souvent vierges, où les gens se choisissaient, la place de l'interne n'était pas du tout une place fixe, bien codifiée, et j'éprouvais beaucoup de mal à me situer en tant que médecin ; pas de place pour un savoir médical classique, pas de place non plus pour une fonction de pouvoir.

Quand j'assistais à des discussions entre les infirmiers et les gens, je me disais que je ne savais pas grand chose, et que j'avais beaucoup de choses à apprendre, à éprouver, à sentir. J'entendais les infirmiers répondre aux gens, d'une manière très simple, avec des mots de tous les jours, et je sentais que c'était là ce qu'il fallait répondre, mais j'aurais été bien incapable et d'en faire autant, et de comprendre pourquoi c'était "là que ça se passait".

Peu à peu, je parvenais à me situer en tant que médecin, n'usant pas du pouvoir que me donnait cette fonction, et ayant revu tout le savoir théorique que j'avais déjà, à la lumière de cette expérience que je vivais. Ce n'est pas la même chose de dire de quelqu'un : il est psychotique, et de parler avec lui de ce que c'est que d'être psychotique, de percevoir la vie différemment de la plupart des gens, de l'angoisse que suppose un tel vécu, ...

Il m'a fallu longtemps pour comprendre quel était mon rôle de soignant, qu'est-ce qu'il y avait à faire pour les gens, et s'il y avait quelque chose à faire.

Je ne sais comment appeler ces gens, que j'ai connu, avec qui j'ai vécu des choses, je les appelais les gens, dans tout ce que ce terme peut avoir d'indifférencié, de neutre ; ce n'est pas pour dire que c'était des gens

comme tout le monde, mais pour ne pas présupposer quelque chose, quoi que ce soit, dans ma manière de les "nommer". Les fous, peut-être, il y a dans ce terme tellement de choses dans ma tête, qui ne sont pas péjoratives ; mais ce terme l'est pour la plupart des gens ; les hospitalisés, c'est retrouver l'hôpital, alors que nous avons l'impression d'être dans un lieu autre, ou pas seulement un hôpital ; les soignés, cela dénote trop que les gens subissent des "soins", alors qu'à St-Cyr, les gens subissaient peu et étaient partie prenante dans l'institution. Les malades, peut-être aussi, mais quels malades, quelle maladie ? Quelle maladie est-ce de n'être pas comme les autres, de ne pas supporter les tensions, les angoisses de la vie ?

Je parlerai beaucoup du "psychotique" dans ces pages, et j'aimerais essayer de définir ce que j'entends par psychotique, terme commode qui donne un certain caractère "scientifique", à cette autre chose que l'on ne comprend pas toujours. Je ne sais pas bien ce qu'est la psychose. Manière d'être, manière de vivre, d'exprimer, de dire ? Structure qui n'est pas la névrose ? Le psychotique ou celui que tout le monde reconnaîtra comme différent ? C'est peut-être cette notion d'autre, d'étranger, d'aliéné que je ressens le plus, et c'est ce qu'expriment les gens dès le premier abord : "Docteur, il n'est pas comme les autres". "J'ai ressenti ça, et je savais que je n'étais pas (ou plus) comme les autres". Que dire de l'angoisse que suppose un tel vécu ? Cette notion de différence ? Y aurait-il une manière "normale" de vivre, d'être, ou serait-ce quelque chose que l'on a créé ? Dès qu'on ne comprend pas la signification, le sens, de quelque chose, d'une parole, d'un geste, pourquoi lui dénier tout sens en le qualifiant de "fou" ?

Que la psychose ait pu être repérée comme structure, comme la non-accession à un univers symbolique où les mots n'ont plus le même sens, où nous pouvons nous, nous repérer, je crois que cela ne permet pas encore à beaucoup de se repérer dans cet univers que nous continuons à percevoir comme autre.

"Car le risque de la folie se mesure à l'attrait même des identifications où l'homme engage à la fois sa vérité et son être.

Loin donc que la folie soit le fait contingent des fragilités de son organisme, elle est la virtualité permanente d'une faille ouverte dans son essence.

Loin qu'elle soit pour la liberté une "insulte", elle est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre.

Et l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de sa liberté.

Et pour rompre ce propos sévère par l'humour de notre jeunesse, il est bien vrai que, comme nous l'avions écrit en une formule lapidaire au mur de notre salle de garde : "Ne devient pas fou qui veut".

Mais c'est aussi que n'atteint pas qui veut, les risques qui enveloppent la folie".

J. LACAN

Colloque de Bonneval - sept. 1946

cité dans : Ecrits (p. 176)

la folie,

c'est décrit

ou des cris

selon quel pays on est

on naît.

un psychaotique

Je voudrais ici raconter quelques histoires qui me reviennent, quelques épisodes qui ont scandé la vie de ce lieu, reflets épars qui ont peut-être mieux capté la réalité que ne le fera mon discours.

Monsieur X ... impressionnait beaucoup par sa carrure, et par la violence qui l'habitait ; nous sentions qu'un jour, cette violence se mettrait à jour, éclaterait ; et, effectivement, un soir, il s'est mis à casser les vitres, toutes les vitres du pavillon. Partagés entre la peur qu'il inspirait et soulagés de voir cette angoisse se réaliser, se matérialiser, et par là, perdre un peu de son caractère insupportable à tous, et à lui en premier, on essayait de l'arrêter, sans trop essayer et sans trop y croire. Une infirmière est arrivée alors, lui a montré une vitre qui restait intacte : "Et celle-là ?" Ces simples mots, par tout ce qu'ils dénotaient d'absence de peur, et de compréhension, laissant à la fois à Monsieur X ... la possibilité de réaliser son angoisse, et démontrant en même temps l'inutilité d'une telle mise en actes, a fait immédiatement cesser cette scène violente. Je crois que la possibilité qu'il a eu de "tout casser", puis d'arrêter de lui-même ce saccage sans y être contraint par la force, de ne pas avoir subi de représailles par la suite, a permis à Monsieur X ... d'exprimer ce qu'il ne pouvait pas exprimer autrement, et surtout d'éprouver ses limites, sans qu'il y ait eu besoin de lui imposer les nôtres. Cet épisode a été un des repères, un point-limite de son séjour à St-Cyr.

Mademoiselle Y ... était une jeune femme ? Difficile à dire car j'avais rarement rencontré quelqu'un qui refusait à ce point son identité sexuée. Elle était plus "neutre" que masculine, et "féminine" que par ce refus de l'être. Elle étalait l'inhabitation de son corps, son impossibilité à exister autrement que par ce refus. Après maintes hospitalisations en plusieurs lieux, les hasards de la sectorisation l'avaient amenée à St-Cyr, où nous attendions qu'elle puisse peut-être exister en tant qu'elle, après avoir existé en tant que non-elle, essayant de supporter cette image qu'elle donnait d'elle et de nous. Sa mère ne put tolérer qu'il existe un endroit où

sa fille puisse exister autrement qu'en étant sa fille, sa pauvre fille schizophrène qu'elle traînait d'hôpital en hôpital, montrant partout sa douleur, et ne pouvant plus exister autrement qu'en mère de schizophrène éplorée (la mère). Elle vint nous dire un jour qu'elle venait chercher sa fille, pour la mettre dans une de ces cliniques, où enfin, on soigne les gens. "Vous comprenez, ici, il y a des hommes, et on ne sait jamais ..." Et le "on ne sait jamais", l'imprévisible attendu est arrivé. Monsieur Z ... qui s'était tu pendant dix ans au Vinatier, et était devenu poète à St-Cyr, s'est approché de Madame Y ... "Elle était nue sur son lit, j'ai baisé ses lèvres ; et s'en est reparti". Madame Y ... se tourna vers nous : "vous voyez bien !".

Jackie est arrivé un jour de l'autoroute. Après de nombreux voyages à l'acide, il poursuivait sa route, sa recherche de l'autre, son frère, son double, qu'il avait perdu, égaré dans ses tribulations. En arrivant, il a dit : "c'est ici que je trouverai" ; savait-il déjà qu'il ne trouverait pas son autre, en lui, mais qu'il pourrait s'y trouver ? Il s'est aussitôt rasé le crâne, qu'il a éclaté en rouge, et est venu me trouver. "Ou tu prend de l'acide avec moi, ou tu me donnes des neuroleptiques ; sinon, on ne sera jamais au même niveau, on ne pourra jamais se trouver". Et, sans acide et sans neuroleptiques, nous avons peut-être pu nous rencontrer quelque part, en ce lieu où existent les miroirs, où il voulait regarder l'envers des choses, reconnaître son envers et son endroit, peut-être dans ce pays où on n'a pas besoin d'avoir une face cachée que l'on montre, et une face apparente que l'on cache à la vouloir transparente. Quelques semaines, quelques mois s'en furent, Jackie essaya plusieurs miroirs, puis les abandonna, repartant sur la route, vers une autre quête, un ailleurs où il n'avait plus besoin de se retrouver.

Pierre A ... avait été hospitalisé plusieurs fois au Vinatier. Chaque hospitalisation était très brève, toute angoisse et toute dépersonnalisation disparaissant à son entrée à l'hôpital, et il ressortait quelques semaines après, pour rentrer à nouveau après quelques semaines. Le premier séjour à St-Cyr fut identique aux séjours au Vinatier. Il revint de même peu de temps après. Mais ce deuxième séjour fut une longue halte, celle qu'il n'avais jamais pu faire (ou un arrêt ?). Il s'enferma peu à peu dans sa chambre, qu'il recréa, peut-être à son image ; il détruisit tout, lacérant tout objet en miettes, et répandit ces miettes tout autour de lui en un cocon qu'il avait lui-même sécrété. Il resta dans son enveloppe, ne vint plus voir quiconque, puis passa un long temps d'immobilité, enfermé dans son espace. Il ne vint plus manger, refusait à quiconque d'entrer dans sa chambre. Nous

avons accepté qu'il reste seul, nous avons accepté son refus de nous voir, nous ne voulions pas le forcer à manger. Mais dans nos têtes, que de pourquoi ! Rester seul, pourquoi faire ? Se retrouver ou se perdre ? Ne pas manger, pour ne pas rompre ce splendide isolement, cette merveilleuse immobilité, ou pour mourir ? Nous étions confrontés à cette mort, à la fois imaginaire de mort au monde, de ne pas exister en-dehors d'un lieu, et à cette mort réelle que Pierre nous montrait, cette mort parce qu'on refuse tout ce qui vient d'ailleurs, tout ce qui n'est pas soi, tout ce qui est en-delà des limites hors desquelles on ne peut vivre. Je crois qu'il n'a jamais été autant présent que pendant ces périodes où il était réellement absent, où on ne le voyait pas. Au-dessus de nos têtes, il était là ; enfermé, à la recherche d'on ne savait quoi. Et un jour, où nous étions proches du point de rupture, où nous ne pouvions plus tolérer cette mort de faim, si nous pouvions accepter cette représentation de la mort qu'il avait jouée, mais nous ne pouvions plus accepter que ce soit un jeu réel, un jour, en ramenant le plateau que nous lui apportions à tous les repas qu'il ne partageait plus avec nous, et que nous ramenions désespérément intact, on a vu que X ... lui donnait une pomme, ou une orange, je ne sais plus, et nous nous sommes aperçus qu'il n'acceptait de la nourriture que de ses frères en folie, et pas de nous. Rassurés sur sa survie, nous avons continué à nous poser des questions ; est-ce qu'on avait le droit de lui laisser faire ça ? Est-ce qu'on peut accepter au nom de la liberté d'être, de ne pas être ? Que voulait dire soigner, en face de Pierre, était-ce ce qui avait été fait jusque là, qui lui permettait de vivre, presque comme tout le monde, quand il était ailleurs qu'à l'hôpital ? Qu'est-ce qu'on faisait au juste, en lui laissant son territoire réservé, où l'on ne pénétrait pas sans sa permission ? En autorisant une telle régression, qu'il était arrivé trop loin de nous pour qu'on puisse le comprendre ? Il sortait parfois, toujours à la sauvette, toujours en fugue, et allait invariablement sur le Mont-Cindre, peut-être fasciné par tous les radars, toutes ces mystérieuses machines qui communiquent entre elles par un langage qui nous est inconnu, qui dressent vers le ciel leurs bras immobiles et tournoyant pour nous défendre d'un danger tellement inconnu qu'on ne peut l'imaginer ... Il rencontrait là-haut les employés des P. T. T., qui s'étaient mis à connaître cet étrange garçon, et nous le ramenaient dans leur camionnette. Je pensais alors, devant Pierre, à ces phrases de DELIGNY sur la trace, sur les chemins, les voies, qu'on ne peut qu'être avec ces enfants-là, apprendre à être sans parole, devant eux qui n'en veulent pas. Et je n'ai jamais parlé avec lui, par des mots.

Un jour, il y eut une inspection du vice-président du Conseil d'Administration de l'hôpital. Il arriva dans le pavillon, et se dirigea droit sur la chambre de Pierre, et y pénétra. Personne n'y avait jusqu'alors pénétré sans l'invite de Pierre. Et nous avons tous ressenti cela comme la violation de quelque chose, allant bien plus loin qu'une simple violation de domicile. Il nous semblait que c'était une sorte de négation, l'annulation de la démarche qui avait été la nôtre.

Cet enfant (éthym. : celui qui ne parle pas), qui était presque aussi vieux que moi, qui vivait, qui voulait vivre sans langage, qui ne se laissait apercevoir que derrière ses cheveux, nous posait sans cesse devant notre désir en face de lui. Qu'être devant quelqu'un qui ne peut pas être, pourquoi lui imposer notre vie, la manière que nous avons d'être ? Pourquoi ne pas la lui imposer ? Qu'est-ce que c'était que de le laisser être ce qu'on pouvait penser être son désir, ce désir de mort qu'il avait ? Et un inspecteur venait contrôler que sa chambre n'était pas conformes aux normes de l'hygiène ? Nous avions l'impression d'être dans un autre monde, une autre dimension ... où ce que l'on peut vivre est plus important que le lieu matériel, les conditions strictement matérielles.

Anne était arrivée jusqu'à vingt ans, environnée par la mort. Pour sa famille, elle ne devait pas exister, elle ne pouvait être qu'aux côtés de son père, dans le tombeau. Anne n'arrêtait pas d'essayer de se tuer, de tuer les autres. Elle était sortie une fois de l'hôpital psychiatrique où elle était enfermée, était rentrée chez sa mère, et, après avoir avalé tout ce qu'elle avait trouvé, s'était enfermée dans sa chambre. Deux jours après, les infirmières du service où elle était, ne la voyant pas revenir, étaient allées chez elle. Sa mère savait qu'elle était là, dans la pièce à côté, mais ne l'avait pas vue, et ne s'en était pas inquiétée. Anne étant dans sa chambre, dans le coma depuis deux jours, et aucun des gens présents ne s'en était soucié.

Elle était donc hospitalisée depuis longtemps, fugant parfois loin, très loin, faisant parfois connaissance des hôpitaux psychiatriques étrangers. Elle continuait à essayer de se tuer, sans succès, car la surveillance hospitalière était efficace, et elle continuait à essayer de tuer les soignants, ce qu'ils et elles toléraient très mal, car elle était forte et corpulente. La mort était sans cesse présente dans le service, autour d'elle. Quand elle s'attaqua au médecin du service, la manquant de peu, et alla se jeter à la renverse dans les escaliers, récoltant une fracture du crâne, et quelques traumatismes accessoires, elle devint intolérable. A son retour de l'hôpital général, elle fut enfermée dans un service de force, bouclée. C'est alors qu'on fit appel à nous ; car il était impossible qu'Anne revienne dans le service, et il était impossible qu'elle reste dans ce service de force, où elle était la seule femme. Après avoir discuté avec Anne, nous avons pensé qu'être dans un milieu où elle ne serait plus autant protégée, où elle pourrait manifester son agressivité sans en être immédiatement punie, pourrait peut-être changer des choses pour elle. Elle était d'accord, et arriva le lendemain, sans son dossier.

Immédiatement, elle s'inséra dans la vie du pavillon, commença un peu à taper, mais sans cette haine meurtrière qui la rendait intolérable. Tous les soignants, et quelques autres, eurent droit à des gifles retentissantes.

Elle ne prenait plus de neuroleptiques, mais venait demander un anxiolytique quand elle se sentait trop angoissée.

Elle rencontra Monsieur X ... Ils avaient en commun leur force et leur angoisse. Un étrange couple se forma, chacun ayant enfin rencontré celui ou celle qui n'avait pas peur, et avec qui il/elle pouvait éprouver sa force, et, au-delà de la force, peut-être ses limites. Le fait qu'il/elle pouvait se bagarrer avec elle/lui, sans avoir à craindre de le tuer, sans lui faire trop de mal réellement, de s'affronter à quelque chose, quelque'un de réel, physiquement, leur a permis à tous deux de pouvoir imaginer autre chose que l'affrontement physique, autre chose que les limites de sa force ou de son pouvoir.

Monsieur X ... put enfin sortir de l'hôpital, et l'appartement qu'il prit servit de lieu extérieur, où pouvaient venir ses amis.

Anne commençait à envisager de sortir, de vivre à l'extérieur, en dehors de sa famille ...

A ce moment, la directrice de l'hôpital s'aperçut qu'elle n'était pas du "secteur". Elle en avait très peur, avait toujours eu peur qu'Anne la tue.

Elle la renvoya un jour dans le service où elle aurait dû être, et tout ce que nous avons pu faire à ce moment-là ne peut la faire changer d'avis. Il s'était passé beaucoup de choses à St-Cyr pour Anne, mais nous savions tous, elle la première, que ce n'était pas fini ; il y avait encore beaucoup de choses qu'elle aurait pu vivre, éprouver, comprendre différemment. Elle ne pouvait pas encore vivre seule, et son départ précipité et immotivé était inacceptable pour Anne, le seul lieu où elle avait pu vivre sans avoir à subir le poids de l'institution, ou le désir de mort de sa famille, la mettait à la porte.

J'ai essayé de revoir Anne. Elle m'a fait dire qu'elle ne me connaissait pas.

J'ai toujours été surprise de constater que Anne n'a jamais essayé de tuer quelqu'un à St-Cyr, même si elle nous frappait. Peut-être parce que nous n'en avons pas peur ? Et elle n'a jamais essayé de se tuer non plus. Peut-être aurait-elle essayé plus tard ? Je ne sais pas.

Je repense à ces gens, et à d'autres, ailleurs, qui m'ont posé très fort cette question de la mort. Certains étaient cernés par la mort, ils vivaient leur mort à l'avance, d'autres passaient leur vie à fuir devant cette mort qui les poursuivait. D'autres la cherchaient, essayant illusoirement de devenir maître de leur mort en se la donnant. Quelques-uns ont guéri de leur psychose, et ils sont morts. Est-ce que c'était le seul chemin qui les rattachait à la vie ?

Et tous ces "malades" de l'hôpital général, qu'on soignait pour leur maladie, et qui mouraient quand même ? ou peut-être à cause de ça ? Et les suicidés qui ont raté leur suicide, mais en meurent quand même ? Et tous ceux qui meurent "guéris" ?

Est-ce que c'était le seul chemin qui les rattachait à la vie ?

Est-ce qu'ils n'avaient plus de raisons de vivre quand ils avaient trouvé le sens de leur questionnement ? ou la réponse ...

Est-ce qu'il ne leur était plus possible de vivre sans question ?

Est-ce qu'ils ont choisi de mourir ?

Est-ce qu'être psychotique, c'est de mettre la vie en parenthèses, pour poser le sens de la vie ?

Je perçois chez ceux qu'on appelle fous ou malades, cette interrogation sur l'être et le non-être, sur le sens de la vie.

La mort est toujours présente dans les hôpitaux psychiatriques.

Tous ces gens qui nous portent devant leur mort, réelle ou supposée, devant leur désir de mort. Quel peut être notre désir en face d'eux, en face de notre propre mort ? Quel sens donne-t-on nous-mêmes à la vie, pour que d'autres ne lui donnent pas le même sens ? Peut-on aider quelqu'un à mourir, est-ce qu'on peut lui donner le droit de mourir ? Est-ce qu'il faut faire vivre à tout prix, ou laisser ce droit à mourir ?

En tant que médecin, en tant que soignant, on est tous les jours confronté à ces questions, à la vie - quelle vie -, à la mort - quelle mort -, la mort réelle, physique, ou la mort du monde ? -

Et c'est peut-être ce que l'on a cherché en faisant ce travail-là ?

“ C’est en effet par la béance qu’ouvre cette prématuration dans l’imaginaire, et où foisonnent les effets du stade du miroir, que l’animal humain est capable de s’imaginer mortel, non qu’on puisse dire s’il le pourrait sans sa symbiose avec le symbolique, mais plutôt que sans cette béance qui l’aliène à sa propre image, cette symbiose avec le symbolique-n’aurait pu se produire, où il se constitue comme sujet à la mort.”

J. LACAN

HISTOIRE D'UNE INSTITUTION.

Lors de la sectorisation psychiatrique du département du Rhône, le centre psychothérapique de Saint-Cyr au Mont d'Or, initialement conçu pour des enfants inadaptés, fut sectorisé en service d'hospitalisation pour adultes et enfants de la partie nord de ce département.

Pour les adultes, il avait d'abord été question de créer un service de psychiatrie à l'intérieur même de l'hôpital général de Villefranche, puis d'aménager une propriété du département à deux kilomètres de Villefranche. Ces deux projets ayant rencontré des oppositions diverses, il fut décidé, en quelques semaines, d'implanter ce service d'hospitalisation au Centre Psychothérapique de Saint-Cyr, malgré l'excentricité géographique de ce lieu, et la relative inadéquation des locaux.

Cette décision fut prise conjointement par le Conseil Général du département, le Conseil d'Administration de l'hôpital général de Villefranche, la D.D.A.S.S., et par le Docteur N ..., qui prit part à cette sectorisation d'abord en tant que psychiatre départemental, puis comme médecin-chef de secteur.

Il demanda d'ailleurs à être nommé non médecin-chef du centre, mais médecin-chef du secteur de Villefranche, rattaché à l'hôpital général, et secondairement détaché au C.P. de Saint-Cyr, par convention entre le département et le centre. Il manifestait ainsi sa volonté d'ouverture de l'institution psychiatrique sur le secteur, et son intention de rapprochement avec l'hôpital général. L'hôpital psychiatrique n'étant pas encore ouvert, et des structures de soin et d'intervention plus souples et plus rapprochées étant nécessaires, une consultation de psychiatrie fut créée dans un ancien dispensaire, au centre de la ville, fonctionnant bientôt cinq jours par semaine, puis une consultation régulière à l'hôpital général s'instaura très rapidement, avec parfois hospitalisation dans les différents services (hospice, maternité, chirurgie, médecine) pour les cas ne nécessitant pas une présence psychiatrique constante. Il fut prévu de créer plusieurs foyers et centres de post-cures.

En 1972, lors de l'ouverture du C.P. de Saint-Cyr, l'implantation de structures psychiatriques souples et diverses, au sein même de la région, était effective, avec la possibilité de collaboration avec les instances médicales, sociales, hospitalières. Cette implantation, préalable à la mise en place de structures lourdes est indispensable à tout travail de secteur authentique, et permet, dans une certaine mesure, d'éviter l'hospitalo-centrisme inhérent à toute institution psychiatrique hospitalière. Il est à

regretter que, dans ce cas, le personnel, sauf le chef de service, n'ait été engagé que pour l'activité proprement hospitalière du centre ; ce qui a empêché le personnel infirmier et para-médical de participer à cette implantation préalable, "sur le terrain", et par la suite, a considérablement limité la possibilité d'activités extra-hospitalières pour ce personnel, contrairement aux circulaires de 1960 sur le secteur.

Je voudrais faire remarquer ici que cet hôpital, a ouvert en 1972, c'est-à-dire 12 ans après ces circulaires sur le secteur. Il paraît un peu contradictoire de décider de la construction d'un tel hôpital (150 lits pour les adultes), alors que les besoins réels de la population n'avaient pas pu être étudiés réellement, et qu'on n'avait pas pu mesurer, en quelques mois, l'incidence d'une pratique extra-hospitalière sur ces besoins, et en particulier la diminution éventuelle des hospitalisations à la suite de cette pratique de "secteur".

D'autre part, l'établissement a toujours eu des difficultés de gestion. Il a été nécessaire d'établir un prix de journée assez exorbitant pour un tel établissement, et il était nécessaire que le maximum de lits d'hospitalisation soient occupés. On comprend donc que la direction administrative du Centre ne pouvait être favorable à une pratique extra-hospitalière, pour laquelle elle devait donner des crédits, et qui amputait le Centre d'une bonne partie de ses revenus.

Je voudrais encore parler de l'excentricité de cet établissement, situé à une bonne vingtaine de kilomètres de la ville la plus importante du secteur. Il était extrêmement long et difficile de se rendre de Villefranche à Saint-Cyr si on n'avait pas de moyens de transport individuel ; de Lyon, l'arrêt de bus le plus proche était à un quart d'heure de marche à pied ; ce n'est que depuis le début de cette année (soit quatre ans après l'ouverture effective du Centre) qu'un bus s'arrête devant le Centre.

Le C. P. de Saint-Cyr ouvrit en janvier 1972. Une vingtaine d'infirmiers (surtout des élèves) avait déjà été recrutés par la direction administrative de l'hôpital. Ils avaient été engagés sur titres ou sur diplômes, aucun choix réciproque n'avait été possible ; le bref laps de temps entre leur engagement et leur prise de fonctions n'a pas non plus laissé ce temps de réflexion et d'élaboration qui apparaît nécessaire à des gens qui vont travailler ensemble, en équipe. Les motivations du personnel à venir travailler dans cette nouvelle institution étaient diverses, de même que la conception qu'ils avaient de leur rôle et de leur fonction. Ces divergences apparurent très rapidement.

Le premier travail du personnel à Saint-Cyr fut de laver le sol et les carreaux. Aucune entreprise de nettoyage n'avait été prévue, les bâtiments venaient juste d'être terminés, la boue s'épandait partout, et c'est serpillières et balais-brosses en main que les infirmiers firent connaissance entre eux et avec l'hôpital.

Quinze jours après, arrivèrent des cars de malades hospitalisés au Vinatier depuis plusieurs années, population de vieillard et de psychotiques chronicisés dans leur psychose par l'ordre asilaire. Deux pavillons furent ouverts très vite, pour accueillir cette population transférée massivement, de manière plus ou moins arbitraire, suivant les impératifs de la sectorisation, une bonne part n'ayant plus d'autre domicile que l'asile depuis longtemps ; quant à ceux qui avaient encore une famille dans la région de Villefranche, les liens familiaux n'existaient bien souvent que sur le papier, l'asile ayant bien rempli sa fonction d'enfermement.

Les infirmiers se trouvèrent alors devant cette tâche ingrate, de s'occuper de tant de personnes asilisées, non préparées à un tel changement, parfois âgées et fort dégradées, dont certaines, avant leur transfert étaient en cellules, ou en "chambres fortes". Le personnel se voua à cette tâche d'une manière exemplaire, essayant d'utiliser le changement de lieu pour permettre à ces gens de changer de vie, de sortir quelque peu de leur enfermement et de leur chronicisation.

Pourtant, il y eut beaucoup de morts pendant la première année. Mort somatique, mort mystérieuse du vieillard, qui, brutalement transplanté, ne trouvant plus ses repères habituels, désorienté par de nouvelles structures, ou peut-être par une nouvelle approche, se refuse à continuer de vivre, et en meurt ; et toute la médecine du monde n'y pourra rien.

Alarmée par ces décès en grand nombre, la D.D.A.S.S. fit une enquête pour en découvrir l'origine. Ce fut la première de nombreuses inspections, ce fut le début des malentendus entre le service d'adultes de Saint-Cyr, et les instances administratives de la D.D.A.S.S., de la préfecture, du ministère ; des rumeurs commencèrent à se répandre -quel est cet "hôpital", où meurent les gens ?-

A Saint-Cyr, on commence à travailler ; les gens apprennent à se connaître, des groupes se forment. Il y a un grand élan d'enthousiasme, faire du bon travail, de la bonne psychiatrie ; les gens venus du Vinatier commencent à parler, à vivre, des gens qui n'ont que peu ou pas été hospitalisés ailleurs arrivent ; on s'aperçoit que les "fous" ne sont pas si fous que ça. Sous l'influence de certains médecins, ayant une formation analytique et/ou institutionnelle, sous l'impulsion de jeunes infirmiers, exigeant de ne pas recréer l'asile, tous ont le désir de faire "autre chose", on ne sait pas encore bien quoi, mais personne ne veut refaire un asile, une institution totalitaire. Cette institution neuve, sans passé, permet de croire à une autre approche de la folie, à un autre rapport avec le malade mental.

Les théories analytiques, lacaniennes, les données de la psychothérapie institutionnelles, les contestations de l'antipsychiatrie : dans ce grand mouvement de recherche, on utilise tout, on essaie tout pour mieux approcher la folie, en chercher le sens, en cerner les limites.

Et quelques psychotiques hospitalisés à ce moment-là, qui n'ont pas été psychiatisés auparavant, peuvent alors faire leur "expérience psychotique", "vivre leur folie". Pour les gens qui travaillent à l'hôpital, c'est une expérience fascinante ; c'est la première fois qu'ils peuvent, soutenus par l'institution, permettre un tel voyage. C'est fascinant, mais ça fait peur ; est-ce qu'on ne va pas se perdre dans ce dédale, est-ce qu'on pourra en revenir, et l'aider, lui, le fou, à s'y repérer ? L'institution, la possibilité pour chacun de remise en question, semblent le permettre. On ne veut pas imposer des "lois", avant de les avoir éprouvées.

Les questions commencent à se poser : qu'est-ce que la folie, qu'est-ce que c'est de soigner des fous, qu'est-ce que ça veut dire ? Qu'est-ce qu'un savoir sur la folie ? Quel est ce pouvoir qu'on donne sur les fous à ceux qui sont chargés de les soigner ? Chacun se cherche, cherche sa place, ses limites.

Déjà éclatent les premières crises : certains infirmiers veulent être surveillants, d'autres s'opposent à cette hiérarchie, le savoir médical est contesté, l'administration veut gérer cette institution mouvante, encore peu structurée, et ce sera la première tentative d'y "mettre de l'ordre" : des surveillants sont nommés, malgré l'opposition effective d'une grande partie du personnel, hostile à une hiérarchie imposée "d'en haut". Malgré les efforts certains de quelques personnes, qui tentent de préserver une possibilité de dialogue, et d'éviter la cristallisation des tensions, la situation tourne à l'épreuve de force. L'administration ne peut concevoir que cette institution qui se cherche, a besoin de temps pour créer ses propres structures. Sous prétexte de maintenir l'ordre, l'administration manifesterait de plus en plus son pouvoir, allant parfois jusqu'à la provocation.

Un troisième pavillon est alors ouvert. Les trois pavillons sont assez différenciés. Celui qui a ouvert en premier a une population de personnes âgées essentiellement. Le deuxième, c'est les malades "lourds", psychoses graves, déséquilibres psychiques, alcoolismes. Le troisième, où s'installe l'équipe médicale, est plutôt réservé aux gens en période aiguë, pour lesquels une vigilance constante et une disponibilité particulière sont nécessaires.

Les infirmiers se sont plus ou moins répartis en équipe, dans les différents pavillons. Dans le premier, le lourd travail de s'occuper de vieillards entraîne parfois à une médicalisation normale, certes, mais laissant peu de place à une expression autre que somatique ; dans le deuxième pavillon se sont regroupés les infirmiers qui avaient déjà commencé une recherche très personnelle autour de la psychose, et connaissaient la plupart des personnes hospitalisées dans ce pavillon. Dans le dernier, les infirmiers (et beaucoup d'infirmières), qui toléraient mieux les épisodes aigus que de longues phases de repli ou de dérive, et qui avaient peut-être besoin d'un certain support médical.

La recherche des infirmiers a beaucoup marqué l'institution. Beaucoup d'entre eux remettaient en question, à des degrés divers, leur fonction, le rôle de gardiennage ou de distributeur de médicaments qui est généralement le leur dans les hôpitaux psychiatriques ; cette recherche était possible grâce à leur ouverture, leur formation qui n'était pas encore la déformation de l'asile, par les structures souples et peu hiérarchisées de l'institution, et par le soutien et la liberté que leur donnaient les médecins.

Au deuxième pavillon commença alors une expérience difficile. Les médecins, peu nombreux, étaient très occupés par les hospitalisés du troisième pavillon, et avaient plus ou moins délaissé le deuxième ; ils y étaient en tous cas beaucoup moins présents qu'auparavant. Les infirmiers se sont donc retrouvés, presque seuls, en face de ces malades, considérés comme les plus difficiles, et qui avaient bien perçu l'abandon relatif dont ils faisaient l'objet. Pendant la période où l'équipe médicale travaillait dans le pavillon, les infirmiers avaient acquis une certaine pratique, et ils avaient établi avec les hospitalisés des relations personnelles, authentiques, très différentes des classiques relations infirmier-hospitalisé des hôpitaux psychiatriques, où les structures hiérarchiques et les rapports de pouvoir entre soignant et soigné faussent toute tentative de relation réelle, de personne à personne. Ces relations authentiques, et non masquées par les rapports de pouvoir existaient donc déjà entre infirmiers et hospitalisés, ainsi qu'un respect et une confiance mutuels. Sans cela, qui existait déjà, ce qui serait arrivé par la suite aurait ressemblé à ce qui se passe dans les pavillons de "chroniques", abandonnés par tous, où ne peut exister qu'une morne routine. Alors qu'il s'est passé au contraire une expérience originale, novatrice, qui a marqué tous ses participants.

Les premiers temps furent difficiles pour tous. Les infirmiers n'ont plus les possibilités d'analyse psychiatrique, institutionnelle ou psychanalytiques qu'apportaient les médecins ; ils ne peuvent se réfugier derrière un savoir théorique ; ils refusent de se retrancher dans leur rôle traditionnel de gardiennage et de soins dits infirmiers (distribution de médicaments, "thérapie occupationnelle". Les hospitalisés réagissent de manière assez violente au délaissement relatif des médecins. Beaucoup d'agressivité, beaucoup d'angoisses, de bagarres. La situation est très dure pendant quelques temps. Les deux groupes s'affrontent. Les infirmiers veulent pourtant continuer ce qui a commencé dans le pavillon, et veulent y arriver ; ils refusent toujours de se servir de leur pouvoir de soignants sur les hospitalisés. Ils restent là, présents, attentifs, essayant de résister à ces tensions, à cette angoisse diffuse. Les hospitalisés, d'abord très méfiants par ce qui pouvait arriver, aussi bien un éclatement de toute structure qu'une rigidification de l'équipe, s'aperçoivent que ça tient. Le groupe des infirmiers n'éclate pas, ne se clive pas, n'utilise pas la force. Quelque chose est peut-être possible, que les hospitalisés acceptent, attentifs à préserver ce qui existait déjà, soutenant cette tentative d'approche, des infirmiers, cette remise en cause de l'ordre psychiatrique.

Cette rencontre avec la psychose a structuré le groupe, non contre quelque chose, mais pour permettre à chacun, malade ou soignant, d'approcher plus près la folie en ayant le soutien du groupe, la possibilité de s'y référer ; les repères habituels n'existant plus, ou étant inadéquats, il fallait quelque chose qui permette de pénétrer la folie sans s'y perdre, mais aussi sans s'en défendre ; et je crois que le groupe a eu cette fonction, pour permettre d'avancer encore dans cette expérience de soi et de l'autre que représente l'approche de la psychose.

Je pense qu'à ce moment la présence de médecins aurait interdit ce processus ; car l'angoisse et la difficulté d'être étaient telles que chacun se serait réfugié derrière le pouvoir, le savoir médical, aussi contesté et contestable soit-il.

Les infirmiers ont dû trouver, inventer seuls qu'être avec la psychose, sans appui théorique qui peut aider à assumer, à se repérer, mais trop souvent, permet de se réfugier derrière un savoir acquis de manière plus ou moins livresque, et de ne pas se sentir concerné par le fait de la psychose. Cette période fut très difficile pour les soignants, très angoissante ; ils étaient directement confrontés à la psychose, sans repères, sans barrières. Mais les hospitalisés étaient là, et ils ont, en quelque sorte, servi de repère, de guide, de garant de ce qui se passait.

Pour les hospitalisés, ce fut encore plus important ; ils étaient reconnus comme être, non définis en premier par leur état de fous, et ils avaient la possibilité de vivre leur univers psychotique, de le contronter et de le projeter au monde des autres, qui acceptaient cette confrontation, et ne risquaient pas trop de s'y perdre. Ils n'étaient pas obligés de renoncer à leur mode d'être au monde, pour se plier aux lois de l'institution. Ils pouvaient faire l'expérience de nouvelles relations, dans la tolérance et la compréhension, et non dans le refus ou dans l'angoisse. Le psychotique sentait le groupe suffisamment ouvert et solide pour y projeter ses fantasmes sans trop risquer de les voir se réaliser. Avoir en face de soi quelqu'un qui peut, derrière la folie apparente du discours, en comprendre le sens, ne va pas tout de suite normaliser ou rationaliser, mais ne se laissera pas non plus entraîner par ce mirage des mots, qui accepte d'autres modes d'appréhender le monde que le sien, et peut le confronter, beaucoup de psychotiques ont pu vivre cela à Saint-Cyr, et non une heure par jour, mais tout le temps. Il y avait toujours des gens (et non une seule personne) qui étaient là, qui écoutaient, essayaient de comprendre.

Le psychotique, pouvant vivre son monde de folie, et pouvant partager cette expérience avec d'autres, pouvait peu à peu en appréhender le sens, en cerner les limites, et peu à peu assumer son angoisse à être, ses difficultés à exister en tant que sujet. Avec des personnes qui supportaient son manque à être, il pouvait accepter cette béance fondamentale qui permet d'exister à un autre niveau que la réalité, et d'accéder ainsi au symbolique.

... non contre
... d'ap-
... la possibilité de
... ou étant inadéquats,
... la possibilité de
... en cette fon-
... de soi et de

... aussi interdit
... que cha-
... aussi contesté

... la psycho-
... mais trop
... plus
... la psycho-
... sans paroles
... de répo-

... les énonces re-
... de la
... confrontation
... l'orientation,
... de renon-
... Ils n'ont pas s'y perdre. Ils n'ont pas obligés de renon-
... pour se plier aux lois de l'institution. Ils
... dans la tolérance et la
... la psychotique
... y projeter ses fantas-
... de soi
... en conséquence de
... ne se fait
... d'ailleurs
... par leur
... (personne)
... de

... au symbolique
... d'accéder ainsi au symbolique
... à la réalité
... à la

Je crois que la possibilité de chacun d'exister en dehors de toute étiquette, de ne pas se réfugier derrière un masque, un rôle, que ce soit celui de soigné ou de soignant, permet de se rencontrer, et, à travers les failles, les contradictions de structurer quelque chose. Et toute institution qui ne permet pas de telles relations n'a de soignant que le nom.

C'est quelque chose de difficile à traduire en mots, le vécu ; et l'abord intellectuel qui est le mien n'est certainement pas le plus apte à appréhender cette réalité mouvante, qui est plus ressentie qu'exprimable. Pourtant, dans un tel lieu, on ressent tout de suite qu'il y a une autre dimension, d'autres manières d'être possibles.

Lentement, au prix de beaucoup d'angoisse, quelque chose s'élaborait, se créait dans ce pavillon. L'image qu'en recevaient les autres, le reste de l'hôpital, les médecins, était assez effrayante. On avait l'impression que c'était les psychotiques qui faisaient la loi, qu'on ne savait plus qui était qui, et qu'une telle absence de lois ne pouvait que "psychotiser" soignés et soignants. Mais l'expérience avait déjà commencé, avait l'air de tenir, et il n'était pas possible de l'arrêter arbitrairement, en raison de l'angoisse qu'elle suscitait. Cette angoisse se mêlait d'ailleurs d'une certaine fascination ; les infirmiers semblaient de plus en plus capables d'assumer une telle situation, et les hospitalisés n'avaient pas l'air de plus mal s'en porter, au contraire. Il y eut donc un certain respect de la situation établie, une acceptation de ce qui existait, et les médecins acceptèrent qu'il y ait, quelque part, une sorte de vacance de pouvoir, un lieu où avait cours autre chose que le savoir médical, où le discours sur la folie laissait la place au discours du fou.

Pendant que se déroulait cette expérience, qui atteignait peu à peu les autres pavillons, la situation à l'intérieur de l'hôpital s'aggrave, les incidents se multiplient, conséquence directe du refus du personnel d'exercer une autorité, un pouvoir sur les hospitalisés. L'hôpital n'a qu'un grillage symbolique, on ne veut pas empêcher les gens de sortir, on ne veut pas les enfermer. Si l'aggressivité ne peut s'exprimer qu'en actes, on ne veut pas l'empêcher de s'exprimer. Autant d'incidents qui sont dramatisés, utilisés pour prouver l'irresponsabilité du personnel. Les hospitalisés sortent dans le village, font parler d'eux ; les habitants de Saint-Cyr et de Collongues s'alarment : "les fous ne sont pas gardés". Un soir, un hospitalisé brise toutes les vitres d'un pavillon, incident dont on reparlera des années après. Plusieurs membres du personnel partent, soit qu'ils ne peuvent s'habituer à ce climat de tensions permanentes, soit qu'ils ne supportent plus d'être traités comme des irresponsables.

Le premier accident grave survient dans le service d'enfants, qui avait jusqu'alors moins fait parler de lui. Deux enfants se noient dans la piscine de l'hôpital.

Les rapports s'accumulent à la D.D.A.S.S., une nouvelle inspection générale est décidée. Le directeur est déplacé, première victime de la politique du "bouc-émissaire", chacun portant à tour de rôle la responsabilité de l' "anarchie", et étant déplacé, renvoyé ou contraint à démissionner. Ni la population, ni les administrations ne parviendront à accepter que ce centre, prévu pour de paisibles enfants inadaptés, soit un lieu de rencontres et d'articulations de problèmes aigûs. Ils ne pourront pas tolérer non plus que cet hôpital ne remplisse pas sa fonction de lieu d'enfermement.

Toutes les tentatives pour exposer nos buts, nos efforts thérapeutiques, se heurteront à une incompréhension totale sinon à une hostilité déclarée. Le rôle d'un hôpital n'est pas de permettre aux fous d'exister, mais de les y enfermer, ou au mieux, de les faire réintégrer le monde du dehors, normaux, normalisés.

Et, jusqu'au retour à l'ordre, nous subirons toutes les pressions pour transformer ce lieu en asile psychiatrique classique, où tout est conforme à la norme, où tout se passe bien, c'est-à-dire que rien ne s'y passe, et où tout problème est abrasé.

La nouvelle directrice ne peut concevoir l'existence d'autre chose que les normes administratives, et elle va les faire respecter à la lettre, et souvent au-delà, s'occupant peu d'ailleurs de la gestion de l'hôpital qui est catastrophique. Et elle se met à user et abuser de ce pouvoir de contrôle : elle interdit les permissions des hospitalisés, en s'appuyant sur une circulaire de Poniatowski réglementant le fonctionnement des hôpitaux généraux ; elle interdit l'hospitalisation de certains malades, refuse la sortie d'autres ; les autorisations de sortie des infirmiers pour un travail extra-hospitalier ne sont données qu'avec une extrême parcimonie et pas à tous (à la limite, les infirmiers ne peuvent faire un travail de secteur qu'en dehors de leurs heures de travail et avec leur argent). Pour elle, il n'y a que de "bons" ou de "mauvais" infirmiers. Les inspections-surprise se multiplient, avec rapports ; les infirmiers avaient demandé des horaires de travail plus souples, ce qui est refusé ; ils ne pointent pas, mais le concierge note leurs heures d'arrivée et de départ. Autant de brimades et de provocations, que je ne veux pas rapporter plus longtemps ; je voulais cependant situer le climat d'arbitraire et de provocations auquel nous étions soumis, malgré nos efforts d'apaiser les conflits et de ne pas en créer de nouveaux.

Le Docteur L ... est nommé au conseil d'administration de l'hôpital ; président du conseil de l'ordre des médecins, ancien médecin-chef, il ne fera preuve d'aucune ouverture, et d'aucune capacité à appréhender une réalité différente de la sienne.

A partir de ce moment s'établit une véritable collusion entre le conseil d'administration de l'hôpital, les autorités administratives préfectorales, départementales et ministérielles. Le conseil d'administration de

l'hôpital ne peut entendre que la voix de la directrice de l'hôpital ou du docteur L ... ; il profite de l'absence d'un médecin pour prendre des décisions concernant son service ; menaces et réprimandes sont largement distribuées, le personnel est taxé d'irresponsabilité, d'incompétence. Le personnel n'est pas représenté dans ce C.A., sauf les deux médecins-chefs qui ne sont pas écoutés. A la commission médico-administrative, la situation n'est pas meilleure, le représentant du personnel étant la secrétaire personnelle de la directrice, peu au courant des problèmes du personnel soignant, et de surcroît représentante du syndicat le moins représentatif de l'hôpital.

La situation est complètement bloquée, il n'y a plus pour le personnel de l'hôpital aucune possibilité de se faire entendre. La grève du 20 juin 1974 sera le résultat de cette situation intenable, la première revendication étant l'abus de pouvoir administratif. Le décalage entre ce qui est demandé dans les tracts, les cahiers de revendications et les motifs sous-jacents révèle à quel plan nous sommes obligés de nous placer pour nous faire entendre.

Dans cette action, nous nous heurtons à la difficulté de faire grève et d'assurer un service minimum, qui enlève tout sens à la grève et tout moyen d'action efficace ; nous sommes obligés de tenir un discours "raisonnable", acceptable par les instances administratives et syndicales. Défendant notre droit à exister, nous demandons de meilleures conditions de travail ; la grève est gaie, les hospitalisés y participent. (voir annexes)

Pourtant, en quelques jours, tout s'effrite ; nos moyens d'action ne peuvent nous permettre d'imposer nos revendications. Nous ne voyons pas d'autres issues qu'une récupération par les forces politiques et syndicales traditionnelles, ou le retour à l'ordre imposé par le pouvoir. Le découragement s'installe, la grève se termine en une semaine, sans avoir même obtenu les revendications matérielles les plus justifiées. Les équipes d'infirmiers sont démantelées, des gens sont renvoyés, personnel et hospitalisés ; beaucoup préfèrent partir d'eux-mêmes, plus ou moins forcés de démissionner.

Malgré les efforts de ceux qui ont choisi de rester, plus grand chose de thérapeutique ne se fera ; un climat de passivité agressive, une feinte indifférence règnent. Les hospitalisés, affectés par ces départs et en ayant bien compris les causes, errent, déprimés, et se rebellent contre ce pouvoir des autorités qui leur a permis de transformer un tel lieu. Un soir, ils iront jusqu'à la révolte ouverte, saccageant un pavillon, pour protester contre l'abandon dont ils font les frais. Quelques jours plus tard, un hospitalisé ne supportera pas son transfert dans un service considéré comme plus dégradé, et se suicidera.

Les infirmiers traités de fauteurs de troubles partis, les malades considérés comme dangereux éparpillés dans les hôpitaux psychiatriques de la région, le nouveau "responsable" de la situation sera le médecin-chef, qui n'a pourtant pas ménagé ses efforts pour trouver des solutions acceptables par tous. Début 1975, il sera brutalement démis de ses fonctions au Centre psychothérapique de Saint-Cyr, tout en restant médecin-chef de secteur, et se trouvera dans la paradoxale situation d'un médecin de secteur ne pouvant pénétrer dans le service d'hospitalisation de ce secteur. Ce qui montre bien le mépris de toute considération thérapeutique des responsables de cette décision.

Un médecin-chef intérimaire est nommé pour le service hospitalier, plus préoccupé de la "bonne marche" de son service que de thérapeutique. La nosologie psychiatrique réapparaît, avec l'utilisation massive des neuroleptiques et des clés. Les hospitalisés ressemblent de plus en plus aux malades "chroniques", figés et neuroleptisés des autres institutions psychiatriques, l'asile est recréé. Il n'y a plus de "problèmes", Saint-Cyr est dans la norme.

C'est ici que je terminerai mon histoire, car l'histoire de Saint-Cyr a rejoint l'histoire de l'ensemble des institutions psychiatriques asilaires, et ces trois années de fonctionnement différent, n'influeront plus, apparemment, sur son avenir.

LA VIE QUOTIDIENNE

J'aimerais parler ici de la vie quotidienne à Saint-Cyr, cette vie de tous les jours que l'on partageait, cette trame sur laquelle s'inscrivait les histoires, les questionnements, les faits. Les faits n'avaient pas tellement d'importance en eux-mêmes, mais, si on les racontait (et si je les ai racontés ici), c'était plus comme marque, comme repère, comme signe de ce qui était en train de se passer dans l'existence de gens, et on n'accordait pas tellement d'importance au fait brut.

La scène de violence de Monsieur X ... n'était pas très importante en elle-même, elle ne prend sens qu'à partir du moment où elle peut s'inscrire dans son histoire personnelle, où elle représente un moment marquant de sa vie, un de ces moments à partir duquel on peut voir ce qu'on a déjà vécu sous un autre jour, dans une autre dimension. Si j'ai raconté ces moments-repères, c'est qu'il me semblait important de raconter comment les choses se passaient, comment on pouvait les appréhender, non pour parler de Monsieur X ... ou de Mademoiselle Y ... Ce refus du fait existant en soi et pour soi nous a conduit à ne pas les consigner, au moins sur les dossiers, car la vie de quelqu'un ne peut s'inscrire dans un dossier ; par contre, on les traduisait dans leur forme la plus concrète, la plus matérielle, sur le "cahier de consignes" ; en ne donnant pas de signification au fait, car une signification nous semblait plus importante à trouver avec celui qui avait réalisé cet acte que de la livrer au papier. Cet acte s'intégrait dans la vie du pavillon et nous concernait donc tous ; mais, en l'écrivant sur un dossier, il nous semblait l'aplatir, lui enlever tout sens réel, et lui donner un sens pathologique ou réactionnel que nous refusions. Les dossiers ont toujours été marqués de ce sceau du "médical", du pathologique, et je crois que c'est une des raisons de leur non-utilisation. Et pourtant, combien de dossiers ont été détruits par les hospitalisés, combien de psychotiques ont détruit leur dossier peu avant leur sortie !

Le pavillon, la vie du groupe était quelque chose de très important. Chacun était plus ou moins au courant de ce qui se passait, que ce soit la dernière décision du médecin-chef ou de l'administration, ou que Z ... n'allait vraiment pas bien aujourd'hui. Il y avait certainement une violation permanente du "secret professionnel", non de notre part, mais du simple fait que les gens voyaient bien que Z ... n'allait pas bien, qu'il en parlait avec les autres, et qu'il lui était souvent plus facile d'en parler d'abord avec ceux qu'il ressentait plus proches de lui qu'avec nous. A quoi sert le secret professionnel, s'il contribue au renfermement et à l'isolement des gens en eux-mêmes ?

Personne n'avait ce pouvoir que donne la possession de l'information, le fait de savoir avant les autres et de manière plus complète ce qui se passe. Tout le monde bénéficiait d'une information à peu près semblable, par des sources différentes, mais portant sur les mêmes faits. Les gens n'étaient pas obligés de dépendre du bon vouloir de quelqu'un pour savoir ce qui se passait, et en particulier pour ce qui avait été décidé pour telle personne, c'était toujours décidé avec elle, et elle était la première à le savoir (et non la dernière comme cela arrive parfois).

Le groupe avait une existence propre, et il y avait une interaction constante entre les différents membres du groupe entre eux, et entre eux et le groupe. Le groupe servait plus ou moins de référence, de repère, et chacun avait une place dans ce groupe, parallèlement à son identité propre, et à sa place dans la "hiérarchie" de l'institution, ou plutôt sa place dans l'échelle sociale au niveau de l'institution.

Ces phénomènes de groupe, où l'on se sentait exister dans le groupe, où l'on savait pouvoir s'appuyer sur le groupe, a été très important à la fois pour notre pratique, et pour la recherche que nous avons. Les différences, les dissemblances, voire les contradictions et les incohérences existaient, étaient repérées, pouvaient s'éclairer, mais ne s'excluaient pas mutuellement. Et il me semble important que puissent exister des contradictions, qu'on n'essaie pas à toute force de les nier ou de les annuler, mais que chacun essaie de comprendre le point de vue de l'autre, sa manière d'être et de penser. Le discours individuel est nécessaire autant que la pensée réflexive sur soi-même, mais le discours collectif atteint une dimension différente, autre, qui ne peut remplacer ou d'ailleurs être remplacé par l'approche individuelle.

Ce fait, qu'il n'existe pas un discours totalitaire, qui excluerait toute possibilité d'un autre discours, différent, me semble très important à la fois comme notion théorique, et comme pratique. Savoir que tout ce que l'on pourra dire ne pourra que refléter imparfaitement la réalité, ou le réel, empêche cette recherche d'une vérité définitive, absolue, et permet en conséquence à d'autres vérités d'exister, tout autant imparfaites, mais tout aussi "vraies". Relativiser ce qu'on sait, ou ce qu'on dit, mais aussi savoir que le savoir absolu n'existe pas, que tout discours ne peut être qu'une déformation : accepter le discours des autres, et qu'il ne coïncide pas avec le sien ...

Certaines personnes hospitalisées supportaient assez mal cette absence de structures fixes, repérables ; d'autres auraient préféré qu'on s'occupe plus d'elles, plus matériellement. C'est essentiellement ceux qui avaient connu d'autres hôpitaux psychiatriques, qui ne pouvaient imaginer un lieu qui n'était pas totalement sécurisant.

Une grande partie des infirmiers trouvaient que l'on allait trop loin dans la voie de l'inorganisé, dans la non-structuration. D'autres reprochaient aux médecins d'exercer leur pouvoir, d'avoir une position hiérarchique. Ce n'était pas facile pour les médecins de se situer dans cette institution. On restait des docteurs, ceux qui savent, bien que nous sachions qu'une grande partie de ce savoir était plus celui qu'on nous prêtait que celui que nous possédions réellement.

Il était aussi très difficile de résister aux pressions administratives, tant elles étaient parfois prégnantes, et nous apparaissaient arbitraires.

Tous les soignants se trouvaient en fait dans une position où ils refusaient plus ou moins cette position de pouvoir sur les soignés mais en l'ayant quand même. De même les médecins étaient en position de pouvoir sur les infirmiers, même s'ils ne voulaient pas de cette position de pouvoir.

D'autre part, il est très difficile pour une institution d'être à la fois un lieu où vivent les gens, où tout leur est fourni matériellement, pour leur subsistance, un lieu thérapeutique, dont ils attendent d'aller mieux, de guérir et aussi un lieu d'enfermement. Je ne vois pas bien comment n'importe quelle institution qui s'occupe de "fous" peut éviter d'être un lieu où les gens sont protégés, à la fois d'eux-mêmes et des autres, et un lieu qui protège les "fous" des "nons-fous". Il me semble aussi problématique que les gens qui attendent de l'institution qu'elle les guérissent en attendent aussi qu'elle les fasse vivre.

Je crois quand même qu'une institution close, fermée, permettra d'autant moins à ceux qui y sont de s'éprouver et d'éprouver ce qui reste le monde extérieur. Un endroit relativement protégé est peut-être nécessaire parfois, mais il rendra l'extérieur d'autant plus angoissant car inaccessible et l'intérieur d'autant plus intolérable qu'on ne peut en échapper.

J'ai toujours été frappée de constater que dans le pavillon le plus "ouvert", le moins "protégé", où pourtant se trouvaient les gens qui étaient le plus mal, il n'y a eu en trois ans, aucune tentative de suicide autre qu'abortive.

Il est difficile pourtant de raconter cette vie quotidienne autrement que par les faits, par ce qui se passait. Je ne sais pas si on peut en traduire l'ambiance, l'atmosphère qui l'animait.

Comment raconter les repas, ensemble, alors que les infirmiers n'auraient pas dû manger le repas des "malades" ?

Comment raconter les longs après-midis, passés à discuter autour de nescafé environné de la fumée des cigarettes ?

Et les veilles, dans le "privé" des infirmiers, quand quelqu'un qui n'arrivait pas à dormir ou n'en avait pas envie, pouvait venir parler, ou simplement rester là, silencieux ?

Tous les gens refusaient de se laisser enfermer dans des limites de temps ou d'espace.

Théoriquement, les infirmiers étaient affectés à un pavillon, où ils travaillaient en équipe (du matin, d'après-midi, ou de nuit, avec un léger chevauchement des horaires, pour leur permettre de se rencontrer). En fait, ils étaient souvent là où ils n'auraient pas dû être (dans un autre pavillon que le leur), donc pas là où ils auraient dû être. De même, ils venaient des jours où ils n'auraient pas dû travailler, et parfois ne venaient pas les jours où ils auraient dû venir.

Ils avaient demandé des aménagements d'horaire, pour leur permettre d'être là aux moments importants de la vie du pavillon, et ne pas être une dizaine à six heures du matin. Ils avaient aussi demandé à former une "grande équipe" chacun choisissant en arrivant là où il voulait travailler ce jour-là, en fonction de ce qu'il avait envie de faire, et des besoins de chaque pavillon. Cette formule, qui dérangeait trop la routine administrative, avait été refusée. Cependant, les infirmiers n'en tenaient pas compte, tout en maintenant une permanence certaine dans les trois pavillons.

Les gens de l'hôpital faisaient de même. Ils éprouvaient souvent le besoin de sortir de leur pavillon, d'aller voir quelqu'un qu'ils connaissaient dans un autre pavillon, voir d'autres gens ... Ils voulaient aussi sortir de l'hôpital même pour aller voir simplement comment c'était dehors, et comment on s'y sentait.

Souvent, des gens sont arrivés à Saint-Cyr, par des circuits divers, et en sont repartis très vite, un jour ou deux après. Pour y revenir presque aussitôt, comme s'ils avaient voulu vérifier qu'ils pouvaient réellement partir, s'en aller, et revenir en étant plus maître de la décision de rester, en limitant ainsi les forces extérieures qui les avaient contraints à l'hospitalisation. Evidemment, les familles, les voisins, les médecins qui les avaient

fait hospitaliser ne comprenaient pas très bien pourquoi ils revenaient si vite, d'autant que les troubles qui avaient motivé l'hospitalisation n'avaient pas disparu. Ils téléphonaient, nous demandant pourquoi nous n'avions pas gardé X ... ou Y ..., nous reprochant souvent de ne pas avoir fait notre travail. Il nous paraissait essentiel pourtant que les gens qui voulaient se faire hospitaliser en décident eux-mêmes le plus possible, que ce ne soit pas une mesure contraignante, une mesure d'exclusion, mais que l'hôpital soit le plus possible un lieu thérapeutique, où les gens venaient librement, un lieu où ils pouvaient trouver refuge.

Comme j'en ai déjà parlé, il y avait beaucoup de relations entre les "soignants" entre eux, les "soignés" entre eux, et entre les soignants et les soignés. Cette facilité des relations, cette proximité des gens était quelque chose qui nous a été souvent reprochée.

Il y avait aussi ce qu'on appelle des relations sexuelles. Et j'ai entendu, à l'extérieur, de grands fantasmes sur la sexualité à Saint-Cyr. Et pourtant ... Il y a peut-être eu au début, de ces scènes de presque-viol, de celles qui se passent partout et qu'on feint d'ignorer, où trois ou quatre hommes se saisissent d'une pauvre "débile" sans défense.

Nous essayions d'interdire le moins de choses possible, mais d'interdire la violence que l'on peut exercer sur ceux qui n'ont pas les moyens d'y répondre.

Nous n'avons pas interdit les relations sexuelles qui pouvaient avoir lieu, nous n'avons pas non plus levé l'interdit (est-ce possible ?), mais il me semble que la sexualité n'a plus été "tabou", et qu'une vie sexuelle "normale" a pu exister, si cela est possible, avec toutes les difficultés que l'on peut trouver en soi, toutes les questions et toutes les angoisses que peut entraîner une relation si proche. Je crois que les gens ne faisaient pas très souvent l'amour à Saint-Cyr, mais qu'ils pouvaient relativement en décider, et qu'il n'y avait pas tellement de différence avec ce qu'ils auraient pu vivre à l'extérieur. Nous n'avons évidemment pas à créer ces relations, mais nous n'avons pas non plus à les empêcher. Les gens n'étaient pas complètement abrutis par les neuroleptiques, et je crois que le problème de la sexualité se posait de manière plus aiguë qu'ailleurs. Mais je crois quand même qu'on en parlait plus qu'on ne le faisait, comme en beaucoup de lieux, comme en cet "extérieur" où l'on en parlait tant.

Une des caractéristiques de Saint-Cyr était qu'aucune réunion instituée n'y était possible, hors la réunion hebdomadaire de l'équipe médicale qui se tenait en dehors de l'hôpital, à l'internat. Les autres réunions de service, d'équipe, de pavillon, avaient lieu quand il y avait une crise importante, mais toutes les tentatives d'institutionnaliser une réunion quelconque ont échoué, sous les motifs les plus divers.

Par contre, il y avait beaucoup de réunions informelles, le matin, au petit déjeuner ou un peu au hasard des rencontres, où l'on parlait de tout et de rien, mais les gens qui étaient hospitalisés n'en étaient pas exclus. Il me semble qu'une des impossibilités de faire des réunions régulières, formalisées, tenait à la présence de ces gens. Nous ne voulions pas parler d'eux en leur absence, nous ne voulions pas tenir de discours sur eux, mais nous pouvions encore moins tenir un discours sur eux en leur présence. Dans la mesure où nous ne pouvions pas parler des "malades", il était difficile de trouver d'autres thèmes de discussion que l'institution elle-même. Et nous n'en éprouvions le besoin que lorsque l'institution était en crise.

Cette impossibilité de reprendre les choses à un autre niveau, de parler toujours aux gens directement concernés de ce qui les concernait m'a beaucoup choqué au début. J'avais l'impression que cela empêchait de voir les choses avec un certain recul, de la distance, sous un jour différent. Maintenant, je ne sais pas. Cela nous a certainement limité dans ce que nous faisions, dans la mesure où nous étions obligés de "coller" à ce qui se passait, et que reprendre les faits à un autre niveau permet de les voir différemment. Mais, nous ne voulions pas parler des gens de manière institutionnalisée, voyant trop ce risque de parler sur eux, au lieu de parler avec eux. On pouvait toujours parler des questions que nous posaient telle ou telle personne au cours de ces petites réunions, et nous pouvions en parler dans la mesure où c'était à soi que cela posait des problèmes. On ne parlait pas de quelqu'un, on parlait des réactions, de ce qu'on éprouvait envers cette personne. Je crois que c'est un discours très différent, qui n'objective pas les gens, ne les enferme pas dans ce qu'on dit sur eux.

Souvent, les réunions organisées, institutionnalisées, en arrivent à n'être centrées que sur l'institution elle-même, discours institutionnel qui ne peut parler que de lui. Sinon, on se met à parler des "malades", reprenant au compte de l'institution l'objectivation de ceux qui ne peuvent exister comme sujets. Il est difficile de ne pas adopter l'un ou l'autre discours, de maintenir cet espace où la distance est variable, le champ non immuable.

Comment situer la psychanalyse dans une telle institution ? Ce n'est pas facile, car il me semble que c'est parler de deux choses différentes, qui ne se situent pas dans le même plan. Est-ce que l'analyse est possible à l'intérieur d'une institution ? Est-ce que l'institution peut utiliser les notions théoriques analytiques, autrement que par l'imprégnation d'une idéologie psychanalytique qui envahit actuellement beaucoup de champs extérieurs à son champ propre ?

A Saint-Cyr, il n'y avait que peu de psychanalystes, et ceux qui auraient pu être dans une telle position étaient médecins, ce qui ne permet pas une situation analytique dégagée de ces rapports de pouvoir réels de la relation de médecin ou de soignant et de soigné.

Certes, il y eut des relations psychothérapiques authentiques, mais toujours traversées par l'institution, et la place qu'avait chacun au sein de cette institution.

La majorité des relations soignants-soignés n'étaient pas de type analytique, même si nous utilisons les notions théoriques analytiques pour appréhender certaines des choses qui se passaient.

En tout cas, nous refusons que cette théorie analytique serve à interpréter certains faits, dont nous pensions qu'ils relevaient d'autre chose que la psychanalyse. Et pour ce qui pouvait en relever, il était difficile d'articuler ce qui pouvait relever de la psychanalyse, et ce qui n'en relevait pas.

En dehors de la situation analytique, les interprétations peuvent toucher un tel niveau d'ambiguïté lorsqu'elles sont liées aux pouvoirs réels de ceux qui les expriment, elles sont à la fois profondément "vraies" et complètement "fausses", et l'analyse devient alors un système clos, fermé, servant à l'autosatisfaction et à l'auto-justification et du système analytique et de celui qui l'utilise. On ne peut que se poser des questions quand l'analyse est utilisée dans des institutions asilaires et qu'elle sert à les justifier.

Il est certain que des références théoriques claires peuvent se dégager, mais comment les rendre vivantes, accessibles à tous ... Comment faire pour qu'elles deviennent un axe réflexif, un moment constitutif du sujet, de soi dans sa relation à soi-même ? Comment n'en pas faire seulement un examen de conscience, mais un moment de son être ?

La "loi" n'est-ce pas cette limite que l'on se pose à soi-même pour vivre ? Il me semble que l'on ne peut accepter une loi extérieure que lorsqu'on l'a éprouvée, qu'on s'y est confronté, mais qu'il n'est pas possible d'imposer une loi , fut-ce la sienne propre, à un autre, qu'on ne peut que la rendre existante, pour l'autre, pour qu'il s'y confronte et y trouve la sienne.

LE TEMPS DE COMPRENDRE

“ Lorsqu’une réalité institutionnelle statique et fixée dans ses ensembles clos est analysée, de nombreux éléments, en particulier les plus essentiels, échappent aux investigations sous une étiquette qui correspond rarement à la réalité. Si d’autre part, on se propose d’analyser une institution psychiatrique qui bouge, ou mieux qui évolue, en pleine CRISE, comme nous aimons à définir celle dans laquelle nous agissons, l’entreprise est d’autant plus ardue si nous imaginons la finalité que préfigure une telle expérimentation : à savoir la substitution d’un modèle de référence schématique par quelque chose qui ne se limite pas à être un non modèle mais qui veut avoir en soi la possibilité de se poser en tant que anti-modèle susceptible de détruire la tendance à l’apaisement par le biais du nouveau schéma de référence opposé au traditionnel ”.

F. BASAGLIA.

in “ Institution psychiatrique et société ”, op. cité.

Comme beaucoup, je suis partie de Saint-Cyr quand j'ai réalisé que tout ce que nous avions essayé de faire allait être détruit. Je suis partie et j'ai tenté de comprendre, à partir de nouveaux lieux, d'autres gens, de nouvelles expériences.

Que s'était-il passé ? Pourquoi, après avoir vécu tant de choses, après avoir appréhendé si profondément le monde de la psychose, pourquoi être forcé d'arrêter, pourquoi ces départs, ce vide, cette mort ?

Qu'est-ce que la psychose, qu'être en face du psychotique, et pourquoi le psychotique se retrouve-t-il mort à la vie ? Comment à Saint-Cyr, avons-nous pu éviter cette mort apparente et pourtant bien réelle où entraîne la folie ?

Qu'est-ce que la psychiatrie, quel est le rôle du psychiatre s'il se contente de constater la psychose, ou la mort dans la vie ? Pourquoi nous, qui justement faisions autre chose, qui essayions de vivre avec les psychotiques, et par là leur permettions peut-être de vivre, de ne plus avoir à se réfugier dans leur folie, pourquoi avons-nous été forcés d'arrêter cette expérience, de partir ?

Beaucoup de questions, des ébauches de réponses. En travaillant dans le secteur, j'ai pu mieux constater à quoi servait la psychiatrie ; j'ai été surprise par la quantité de déviants de toutes sortes que nous étions chargés de faire rentrer dans la norme et dont je ne percevais pas la "folie", dans son aspect individuel. Individus qui se heurtaient à des institutions, qui ne répondaient pas à la norme, dont la seule "folie" était d'être inadaptés, à l'école, à l'usine, dans leur banlieue, délinquants, "déséquilibrés" - mais où est l'équilibre ? -

Evidemment, dans tous ces cas, une aide psychologique soutenait les gens, leur permettait de moins mal vivre. Mais où étaient les fous et était-ce le rôle du psychiatre d'aider les gens à supporter leurs conditions de vie, à être moins écrasés par toutes ces institutions qui nous entourent, l'école, l'armée, la justice, la police, l'usine, les H. L. M., etc ... ?

Ces institutions avec lesquelles travaille le psychiatre, s'il veut qu'elles tolèrent une certaine marginalité, s'il veut essayer de les rendre supportables à ceux qui ne peuvent les supporter.

Ce travail dans le secteur m'a permis de mieux comprendre le rôle idéologique de la psychiatrie, d'en mieux pénétrer les relations avec les mécanismes sociaux et idéologiques, réalités dont on est conscient à l'intérieur d'une institution psychiatrique, mais qui sont masquées par les problèmes internes de l'institution, et non perçues dans leur acuité réelle.

J'ai peu à peu cerné certains mécanismes, certains modes de fonctionnement. D'autre part, au fil des jours, j'ai été frappée par la similitude de fonctionnement et d'évolution dans d'autres institutions psychiatriques récentes ou non psychiatriques (foyers des jeunes délinquants ...). Beaucoup de lieux où des gens (surtout de jeunes infirmiers et des éducateurs) essayaient de faire "autre chose", où il y avait une certaine contestation de l'ordre établi, et où le personnel avait avec les pensionnaires des relations dégagées des traditionnelles fonctions de pouvoir et de surveillance. Toujours, partout, une épreuve de force entre l'institution et le pouvoir en place s'est terminée par le retour à l'ordre, par le départ ou le licenciement d'une partie du personnel, et par la disparition de tout ce qui permettait de changer les pesantes structures traditionnelles.

Maintenant, deux ans après être partie de Saint-Cyr, j'ai voulu faire un travail là-dessus, sur le sens et le rôle d'une telle institution, ses modes et mécanismes de fonctionnement ; en repérer les lignes de force ; essayer d'exprimer ce que j'ai pu appréhender de la psychose. Tenter de repérer à quoi sert l'institution psychiatrique, si elle sert vraiment à soigner les fous, ou à exclure la folie.

J'ai rencontré les gens que j'avais connu à Saint-Cyr ; on a parlé, on a essayé de se rappeler, ce que nous avons vécu, ce que nous avons ressenti.

J'essaierai d'abord de faire une analyse de l'institution, du "comment ça fonctionnait", et quelle a été notre approche de la psychose.

Puis, j'essaierai de situer une telle institution dans le champ de la psychiatrie, et je terminerai par une théorisation sur la fonction idéologique de la psychiatrie.

CONTRADICTIONS AU SEIN D'UNE INSTITUTION EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

Il semblait, au départ, que toutes les conditions nécessaires pour faire un travail thérapeutique réel étaient réunies :

- un chef de service, qui pour avoir des bases théoriques peut-être peu différentes de celles de la plupart des psychiatres était fort décidé à les mettre réellement en application, et acceptait le dialogue, voire la contestation, ce qui n'est pas le cas de tous les chefs de services.
- une institution neuve, sans passé, sans tradition asilaire ; tout était possible, il n'y avait pas à s'attaquer à de vieilles structures, il n'y avait pas à lutter contre des préjugés, des a priori sur la folie. Chacun pouvait arriver, et exprimer ses idées sur la psychose sans devoir affronter l'institution, sans remettre en cause tout l'édifice.
- des gens sont venus y travailler, amenés par des motivations diverses, certes, mais attirés par cette possibilité de faire autre chose, de ne pas avoir à subir la violence de l'asile. Leur jeunesse et leur ouverture leur a permis de rechercher avec beaucoup de sincérité, ce qu'était la folie, dégagée de cette normalité obligatoire, de cette abrasion de tout ce qui n'est pas soumis aux lois internes à l'institution psychiatrique.

L'institution a été investie très favorablement par tous, alors que les institutions plus traditionnelles sont souvent investies de manière très négative, et par ceux qui y travaillent, et par ceux qui y sont soignés.

L'institution n'était pas à réparer perpétuellement, de ce manque d'investissement, de ce qu' "on ne peut rien y faire". On pouvait y faire, y être bien.

Je crois que beaucoup d'institutions nouvelles ont connu cet élan d'enthousiasme, cette recherche exigeante, cette passion qu'on peut mettre dans une tâche que l'on croit pouvoir accomplir librement et qui rejaillit sur les personnes les moins motivées, en un mot sur les soignés.

Le médecin-chef, en acceptant d'ouvrir ce secteur, voulait créer de nouvelles structures, qui, d'après son expérience, permettraient une approche authentique de la psychose, et peut-être, par là, une thérapeutique :

"Quinze années de travail centrées sur le problème des malades psychotiques, m'ont appris qu'il n'est pas possible de faire référence à une quelconque théorie d'ensemble. Si en effet, le soin d'une psychose s'articule autour d'un axe référentiel, il n'en reste pas moins qu'au-delà d'une thérapeutique médicamenteuse assez bien codifiée, une "béance" demeure et à mon sens doit demeurer. C'est là en effet que s'inscrit la parole du malade, son discours particulier, et la prise en considération de sa personne. Si, de fait, nous adoptons une conduite thérapeutique bien définie et figée, le malade s'y inscrit passivement, se fait soigner et ne se soigne plus ; il perd progressivement son statut de sujet et devient objet (de nos soins), puis s'enfonce dans une chronicité qui aboutit le plus souvent à faire de malades jeunes encore des handicapés à vie.

Il importe donc que la psychose soit entendue comme une démarche du sujet à la recherche de lui-même, et que son discours ou ses actes, aussi incohérents soient-ils, ne soient pas seulement calmés (pour la sécurité de l'environnement et le confort du malade) mais aussi exprimés, afin qu'ils acquièrent pour le malade et son entourage une cohérence, un sens.

Bien sûr, une telle démarche qui implique une tolérance extrême, une écoute minutieuse, exige un temps considérable et ne peut être réalisée pour tous les malades. D'autres soins moins différenciés doivent être donnés, et ceci d'autant qu'ils s'adressent à des personnes plus âgées pour qui la "remise en question" d'une existence partiellement écoulée pourraît être plus inhumaine qu'utile.

Ces quelques lignes vous permettront, je pense, de pressentir à quel point l'hôpital psychiatrique diffère, et à mon sens doit différer de l'hôpital général. A l'hôpital psychiatrique, il ne peut y avoir qu'un ordre limite, une médicalisation relative afin de ne pas inclure le malade dans un système qui, trop bien rôdé ne lui laisserait aucune place pour s'interroger, s'exprimer, s'affirmer même (combien de malades déprimés depuis des mois ne sont-ils pas sortis après une crise revendicative plus ou moins clastique !).

Ecouter, tolérer, savoir attendre une demande active du malade, découvrir avec lui le sens de sa recherche, tel me paraît être le rôle essentiel du psychiatre. Cette action qui n'est pas comme on tend à le croire du "laisser-faire", doit être partagée par tous, médecins et infirmiers, et cela implique que l'infirmier se sente lui aussi libre dans son expression, le choix de ses attitudes, quitte à les reprendre, à les discuter sans cesse, afin de les adapter chaque jour davantage.

Il apparaît en effet de plus en plus certain que la psychose est liée à l'extrême difficulté qu'ont les malades à se situer par rapport à ce qu'ils éprouvent. Ils vivent comme pris dans une guangue de confusion d'où émergent çà et là des affects violents, des angoisses et des craintes extrêmes. Il est alors capital qu'ils rencontrent des personnes elles-mêmes habituées à parler leur langage propre, à se situer dans leurs affects, qui ne se travestissent pas d'ordres reçus, d'un savoir théorique trop abstrait, ou de fausse bienveillance. Peu à peu, après des mois de rencontres humaines plus authentiques, le malade apprendra ainsi à reconnaître les sentiments contradictoires qui l'animent, et, se reconnaissant dans et à travers l'autre, parviendra peut-être à s'accepter.

Cette position que j'estime en ce qui me concerne fondamentale, sous-tend une pratique, à savoir :

- . donner au personnel un droit de parole, voire de critique dont la seule limite est la sincérité du discours,
- . savoir attendre (ce qui peut être fort long), qu'une équipe se dégage de ses propres contradictions et trouve dans la résolution de ses conflits la cohérence nécessaire à son action.
- . n'intervenir qu'au niveau de certitudes structurantes pour le groupe de travail ou l'équipe.

Tel est grossièrement esquissé le schéma général de mon rôle de chef de service, rôle que de nombreuses entraves ne m'ont malheureusement pas permis d'exercer comme je l'entendais".

Lettre de Monsieur le Docteur N ...

au Ministre de la Santé.

Malgré ces conditions de départ très favorables, qui devaient permettre de travailler dans de bonnes conditions, l'institution s'est vite trouvée en pleine crise ; on avait parfois l'impression que c'était la crise permanente, la crise instituée. Et il me semble que c'est justement à partir du moment où les structures sont assez souples pour qu'on puisse en contester la nécessité, où elles n'empêchent pas l'apparition des problèmes et des questions, en créant de faux problèmes, c'est là seulement qu'il peut se passer quelque chose ; les contradictions apparaissent, il faut non pas les nier ou les supprimer, mais les repérer, en saisir le sens, et leur permettre d'évoluer. Ne pas accepter de voir les contradictions, ne pas les reconnaître, fige l'institution, de même qu'essayer de les résoudre toutes. Certaines contradictions ne peuvent être résolues à l'intérieur d'une institution, car elles naissent de cet extérieur même qui a créé l'institution ; elles se manifestent en son dedans, mais ne sont que le reflet de problèmes externes.

Je crois qu'une telle situation de crise peut être instituante. Que l'institution peut se structurer à partir de ces failles mêmes, de ces contradictions. Quand on peut arriver à intégrer ces contradictions, à ce qu'elles puissent évoluer, l'institution peut alors fonctionner. Il ne s'agit pas que l'institution soit bien huilée, qu'elle fonctionne bien, mais qu'elle existe, et qu'elle permette au plus grand nombre de discours, de théories, de paroles de surgir. C'est dans cette mesure qu'une institution peut être "thérapeutique". Il ne s'agit pas d' "anarchie", mais de la possibilité pour tous d'avoir le droit à la parole ; il ne s'agit pas non plus de ne laisser passer que le discours du médecin, de l'infirmier ou du psychotique. Mais chacun doit avoir le droit d'exister et de parler, et c'est dans la mesure où on acceptera que l'autre tienne un discours différent que son propre discours pourra s'inscrire dans l'ensemble.

A Saint-Cyr, les différents discours apparurent très vite, les contradictions, les conflits et les crises aussi.

LA CRISE DES STRUCTURES

Tout d'abord, à un niveau assez apparent, la crise de la hiérarchie. Refus de la hiérarchie imposée d'en haut, contestation de la hiérarchie ou du pouvoir, recherche de la place de chacun.

Le problème des surveillants ne cessa pas de se poser. La nomination de surveillants par l'administration soulevait une vive hostilité, se traduisant par une opposition active, ou par une inertie agressive. La tentative de dissocier les rôles de surveillant, responsable du pavillon, et celle de "leader" de l'équipe était acceptée, mais n'arrivait jamais à être mise en application.

Un essai fut même tenté : chacun serait surveillant (ou "responsable", ou "délégué") à son tour, pendant un jour, une semaine ou plus. Des délégués furent élus par le personnel.

Rien n'y fit. Les infirmiers ne pouvaient supporter que certains aient une position de pouvoir, que les autres, de par l'existence d'un "responsable" soient considérés comme irresponsables. Ils revendiquaient la possibilité pour eux d'exister et en tant que groupe, équipe exerçant un certain travail et un assumant les conséquences et les responsabilités et en tant que individus existant à part entière, reconnus comme tels ; responsables face à eux-mêmes, exigeant d'en référer d'abord à eux-mêmes, sans être prisonniers d'un savoir ou d'un pouvoir qui n'était pas le leur, afin d'éviter ce leurre d'un référent autre que soi-même.

Evidemment, l'administration, exerçant son pouvoir, et ne pouvant tolérer ou même imaginer quelque part une vacance, une faille dans l'ordre, ne pouvant supporter ce qu'elle appelait désordre ou anarchie, a fait son possible pour remettre de l'ordre, de manière souvent arbitraire et maldroite, à grands renforts de notes de service, de rappels à l'ordre, de menaces. Ce qu'elle voulait instituer n'était que difficilement acceptable par une partie du personnel de l'hôpital, mais la manière abrupte et violente qu'elle utilisait a dressé contre elle la quasi-totalité des gens, même ceux qui n'auraient pas été en désaccord sur le fond.

Je reparlerai de ces conflits entre l'autorité administrative et le reste de l'hôpital. Toujours est-il que, dès le début, un clivage s'est créé, de plus en plus impossible à combler, et que cet état de tensions permanentes, de provocations presque quotidiennes a rendu le climat général de l'institution très dur et à la limite insupportable : transformant tout conflit mineur en une épreuve de force.

Ce qui était aussi contesté, mais de manière moins aiguë et moins conflictuelle, c'était le pouvoir médical et la prééminence de ce savoir sur la psychose que sont censés posséder les psychiatres. Cette contestation, grâce à la possibilité de dialogue des médecins et à leur propre contestation de leur rôle et d'eux-mêmes, ne demeura pas à un stade de simple opposition, mais permit à chacun de trouver sa place, en fonction de soi et des autres, place qui était relativement libérée des rapports de pouvoir ou des rapports hiérarchiques habituels. Je veux dire que les gens étaient définis par autre chose que leur fonction, qu'ils n'étaient pas seulement infirmiers, malades ou internes. Ils restaient toutefois malades, infirmiers ou médecins (ou lingères ou cuisinier), même si le rêve d'une grande communauté sans classes, où chacun serait comme l'autre a parfois été dans nos têtes.

Les gens avaient la possibilité d'être eux-mêmes, et la personnalité de chacun, sa manière d'être au monde et de vivre, n'étaient pas masqués derrière un rôle, n'étaient pas dictés par une fonction ; on n'était pas obligés de paraître, il suffisait d'être, ce qui n'est déjà pas simple.

Et, en même temps qu'on n'était pas cantonné derrière un rôle, on n'obligeait pas les autres à jouer un personnage : de même que les hospitalisés n'étaient pas obligés de jouer le rôle du fou, ou du non-fou quand ils voulaient sortir, qu'ils n'étaient pas tenus de respecter certains critères de comportement, de même les soignants ne se réfugiaient pas derrière ce rôle de soignant. Le comportement, l'attitude, le paraître n'étaient pas objectivés en tant que tel, mais comme indice, signe de ce qui se passait en-dessous. La "normalité" n'était pas érigée en système, ni en anti-système, mais on recherchait ce qu'il y avait derrière les mots, les corps, les visages, dans leur quotidienneté.

La rencontre avec la psychose a profondément marqué cette recherche. Chacun se retrouvait confronté à son désir. Cette faille fondamentale, ce manque impossible à combler nous mettait devant nos propres manques, nos propres failles. Et le "désir du thérapeute" nous est bien souvent apparu en premier lieu comme notre désir de combler toutes les failles, de remplir tous les manques. Une fois acceptée cette béance, et comme c'est difficile, l'impossibilité et la folie de vouloir qu'elle n'existe pas, à ce moment alors

quelque chose put commencer à se structurer, à partir justement de ce manque.

J. P. BAKHOUCHE, à propos de l'institution asilaire :

"Dans un tel système où tout est prévu pour que rien ne puisse
"y "manquer", on ne voit pas comment l'individu peut accéder
"à la castration pour devenir sujet par rapport à l'autre, dès
"lors qu'il ne lui reste plus qu'à se situer au niveau de la deman-
"de qui est demande d'amour, ou à "être fou" comme seul mode
"d'expression de son désir".

J. P. BAKHOUCHE "Un club psychothérapique dans
un hôpital psychiatrique de la région parisienne"

U.E.R. de Sciences Humaines cliniques

Paris à 71 / 72

En effet, dans l'institution psychiatrique classique, "asilaire", tout est organisé, tout est prévu, tout est structuré ; les aménagements de structure, de type psychothérapie institutionnelle, ne changent en fait rien au niveau même des structures. Le "fou" y a sa place, bien limitée, et il ne peut que s'y lover, ne pouvant être autre chose que la chose de l'institution, l'objet du désir, mais jamais sujet désirant pour son compte. Et il ne peut exprimer son désir (tant qu'il n'a pas été complètement repris en charge par l'institution, et que ce désir devient une sorte de non-désir) qu'en suivant les règles de l'institution et/ou en essayant de les violer.

Tout s'y manifesterait au niveau de la "demande", tout sera interprété à ce niveau ; et la réponse à la demande empêchera toute émergence du désir.

Et c'est une des choses qui m'a toujours frappé à Saint-Cyr, cette manière qu'avaient les gens de "répondre" à la demande du fou ; ce n'était pas une non-réponse, qui aurait empêché toute possibilité de parole, mais ce n'était pas une réponse à la demande apparente ; le niveau sous-jacent de la demande était entendu, et il était répondu à ce niveau. Quand quelqu'un demandait des médicaments pour se sentir moins mal dans sa peau, on ne refusait pas de lui donner un traitement non prévu, mais on ne le donnait pas non plus systématiquement, pour enrayer l'angoisse dès son apparition ; dans la mesure où cette angoisse était tolérable pour le soigné et le soignant, on essayait d'en percevoir les origines, les mécanismes, pourquoi une demande de médicaments, pourquoi à telle personne. Il n'y avait pas une réponse immédiate, pour colmater toute brèche, mais un constant décalage qui

pouvait permettre au sujet d'exprimer son désir, à partir de cette brèche même, de cette non-adéquation entre ce qui est demandé et ce qui est désiré. C'est certainement une attitude difficile à réaliser, puis à maintenir ; parfois le psychotique ne peut pas tolérer qu'on ne soit pas ce qu'il veut qu'on soit ; et ce n'est pas facile de résister à ce besoin de combler le manque, qui est toujours demandé. Mais si les "soignants" ne peuvent accepter ce manque, comment le psychotique pourra-t-il l'accepter en lui ? Et si les soignants ne peuvent accepter qu'une telle demande, le psychotique ne pourra fonctionner qu'au niveau même de cette demande, et en ayant par ailleurs, ce comportement anormal, cette fuite en avant dans la folie pour exprimer quand même de la seule manière qui lui reste possible, son désir.

Et à Saint-Cyr, les gens qui étaient hospitalisés n'avaient pas l'air de fous. Même ceux qui avaient passé de longues années à l'asile n'avaient pas cet air figé, ce comportement stéréotypé, cette apparence de morts-vivants ; ils avaient quelque chose de prêt à vivre, d'existant. Et il m'est d'autant plus douloureux de les revoir maintenant murés, enfermés, pas seulement par les murs ou les neuroleptiques.

LA CRISE DES POUVOIRS

La possession et l'exercice du pouvoir était largement contestés, même par ceux qui le possédaient (ou auraient pu le posséder) ; que ce soit le pouvoir médical, au nom d'un supposé savoir sur la folie, ou ce pouvoir exorbitant qu'ont les soignants sur les soignés, à l'intérieur d'une institution : pouvoir dire que telle personne est guérie ou non, si elle a le droit de sortir, avoir le droit de juger son comportement, au nom d'une hypothétique normalité, autant de rôles que nous ne voulions pas assumer et que peut-être nous ne pouvions pas assumer.

Au-delà d'une contestation purement verbale, ce refus du pouvoir se traduisit en actes (ou en non-actes). Et il est intéressant de constater que cette mise en pratique se fit parallèlement à la contestation théorique des supports de ce pouvoir, mais qu'elle ne fut jamais discutée, décidée, et ce n'est que plus tard qu'elle fut théorisée et comprise.

Cela se traduisit, par exemple, au niveau des médicaments. Ils étaient prescrits comme partout ailleurs, par le médecin, et distribués par les infirmiers aux heures prévues (les doses prescrites étant bien inférieures à celles qui ont cours ailleurs), ce que firent d'abord les infirmiers, en n'obligeant toutefois personne à prendre la totalité du traitement prévu, ne voulant pas rentrer dans le circuit de surveillance ou de prise de médicaments par force qu'une telle attitude aurait entraîné. Puis un infirmier décida de ne plus donner de neuroleptiques (il avait une aversion particulière pour l'Halopéridol). Si les gens veulent délirer, qu'ils délirent ; pourquoi leur enlever ce dernier moyen d'exister ? Puisqu'on soigne par la parole, pourquoi des médicaments ?

Peu à peu cette pratique se répandit, et les médecins constatèrent que leurs médicaments n'avaient qu'une efficacité restreinte. Une expérimentation sur un nouveau neuroleptique donna de très bons résultats, jusqu'au jour où on s'aperçut que les personnes à qui il était destiné n'avaient reçu que de l'eau.

Et petit à petit, la prescription de médicaments, de neuroleptiques devint une activité exceptionnelle. En ayant travaillé presque un an à Saint-Cyr, j'ai dû prescrire moins de neuroleptiques que certains psychiatres en une seule journée.

Cette pratique était très différente de ce qui se passe habituellement dans les hôpitaux psychiatriques, où si quelqu'un critique l'utilisation abusive de médicaments, c'est le médecin ; il diminue les doses, parfois supprime tout médicament à visée psychotrope ; mais ce sont les infirmiers qui vivent avec le patient toute la journée, et ne peuvent souvent tolérer l'angoisse ou le délire, et c'est souvent pour les aider à supporter cela que les médicaments sont prescrits au "malade". Les infirmiers, se trouvant dans une situation difficile à supporter et qui leur est imposée, donnent souvent des doses beaucoup plus importantes ou des médicaments non prévus, seule manière pour eux de s'en sortir ; et ce sont les malades qui font finalement les frais de l'humanisme du médecin ; qui peut dire : moi, je suis contre les médicaments, mais ce sont les infirmiers qui en exigent.

A Saint-Cyr, ce refus des médicaments est parti des infirmiers, de ceux qui ont à partager dans la quotidienneté la folie des malades. Ils se sentaient capables de l'assumer, n'y ont pas été obligés. C'est eux qui en ont décidé ainsi, qui ont voulu approcher la psychose sans le support, le refuge, et peut-être le leurre des médicaments.

Je ne pense pas que les médicaments soient inutiles ; c'est parfois un moindre mal, et on peut en avoir besoin comme médiateur, comme amorce d'une relation qui ne peut s'ébaucher que par ce biais. Mais pourquoi ce désir que les gens se sentent bien, pourquoi cette peur et cette intolérance à la souffrance ? Il y a peut-être un certain sadisme à refuser de donner des médicaments qui permettraient de se sentir moins mal, mais qu'y a-t-il dans une prescription systématique de tel médicament pour l'angoisse, tel autre pour le délire et celui-là pour l'agressivité ?

Les visiteurs médicaux ont bien souvent fait les frais de cette position anti-médicaments. D'autre part, ils n'étaient pas reçus par le seul médecin, mais par tous ceux qui étaient présents. Et je me rappelle des scènes où ils étaient en train de vanter les mérites de telle drogue, devant un auditoire attentif qui leur répondait : "mais moi, j'étais aussi fou en prenant ça". Cette situation, où le visiteur médical ne s'adressait plus au seul prescripteur, mais à ceux qui donnent tous les jours le traitement prescrit, et à ceux qui le prennent et en subiront les effets dans leur corps, c'est-à-dire celui à qui il est finalement destiné, démontrait assez bien le système pharmaceutique français actuel : toute publicité étant interdite pour les médicaments remboursés par la sécurité sociale, les laboratoires pharmaceutiques étant pourtant obligés de faire de la publicité pour leurs produits, ils ne s'adressent pas au destinataire, mais à l'intermédiaire qu'est le médecin prescripteur (ceci est tout autant valable pour la médecine). Cette publicité ne vise pas tant la guérison ou le confort du malade que le confort et la sécurité du médecin. La situation serait certainement pire s'il n'y avait

pas ces lois qui protègent une certaine déontologie, et il serait trop facile d'abuser les gens par des médicaments miracles. Mais il est presque autant facile d'abuser le médecin face à un malade "difficile", dont il n'arrive pas à rattacher les troubles à une maladie cliniquement définie, ou qu'il faut soigner à tout prix, soulager.

Ce rôle du médicament de rassurer le personnel soignant était clairement perçu à Saint-Cyr ; les rares fois où nous étions obligés de donner des médicaments en raison de scènes violentes ou d'angoisses intolérables, nous avions très conscience que c'était autant pour nous rassurer, nous redonner la maîtrise d'une situation qui nous avait échappé, que pour calmer ou rassurer celui qui était dit "malade" (souffrant !).

Il s'est passé quelque chose de semblable au niveau des dossiers et des observations. Qu'écrire sur des dossiers ? Le nom, le prénom, la date de naissance, l'adresse, s'il y en a une, la profession (si elle existe), c'est-à-dire ce qui permet de repérer socialement les gens, de les identifier. Mais quoi d'autre ? Faire un diagnostic, mettre des étiquettes sur les gens ? Raconter ce qui se disait au cours des entretiens individuels que nous pouvions avoir avec les gens ? Bien rares ont été ceux qui l'ont fait. A partir du moment où on considère que l'autre en face est une personne, qu'on refuse de l'objectiver, peut-on écrire dessus ? Peut-on dire des choses sur elle sans la réifier, sans la transformer en objet du discours ?

"Si nous considérons les actions du patient comme les "signes "d'une maladie", nous lui imposons déjà nos catégories de pensée, de la même manière que lorsque nous jugeons son attitude "envers nous".

R.D. LAING

Il y a eu donc un rejet presque total de la nosologie psychiatrique classique, un abandon de la position d'observateur détaché, non impliqué, où l'on se place quand on veut reconnaître tel symptôme, pour le rattacher à telle maladie, un refus de la médicalisation de la psychiatrie. Pourquoi appelle-t-on maintenant la folie du nom de maladie mentale, si ce n'est pour dire, pour signifier qu'il s'agit d'une maladie, c'est-à-dire d'une entité avec étiologie, symptômes, évolution, pronostic et traitement ; quelque chose qu'il faut "soigner", "guérir", une "maladie" comme les autres sauf qu'elle se passe dans la tête. N'est-ce pas réduire la folie à son seul aspect de non-normalité, de non-conformité, d'être malade qu'il faut rendre sain à nouveau. Alors qu'en médecine on commence à s'interroger sur cette notion même de "santé" qui ne peut se définir clairement que négativement, par l'absence de maladie.

Dans le domaine de la "santé" mentale, quiconque a fait quelque peu l'expérience de soi a compris que nous avons tous les mêmes modes et les mêmes moyens d'exister, que chacun a parfois des mécanismes de fonctionnement psychotiques, et que ne voir le fou qu'en l'autre, c'est refuser le fou en soi, toute la part d'irrationnel, d'inconscient qui est en nous. Je crois que le fou sert à cela ; à projeter en lui tout ce qui nous fait peur, tout ce que nous refusons à percevoir en nous. Je ne fais pas ici l'apologie de la folie, je ne dis pas que le psychotique possède une vérité cachée, mais je dis qu'il est fou de ne voir la folie que chez les autres. Le grand mouvement d'objectivation de la folie qui a commencé au siècle dernier, la main-mise du savoir médical sur ce qui était jusqu'alors du domaine religieux ou juridique a permis de nier ce qu'il peut y avoir de fou en chacun de nous. En dénommant folles certaines personnes, cela veut dire que les autres ne le sont pas ; et l'existence de fous prouve aux autres leur non-folie.

Il me semble que la possibilité d'une rencontre authentique avec le psychotique ne peut avoir lieu que si on accepte de ne pas se référer aux schémas traditionnels de fou et de non-fou, si on tolère en soi l'émergence de sa propre folie ; ce n'est que dans la mesure où l'on aura reconnu le fou en soi, sans pour autant devenir fou soi-même, que l'on pourra approcher l'autre, le reconnaissant comme autre, comme sujet, et non comme un autre étranger, aliéné. Ce n'est qu'en reconnaissant l'autre comme sujet qu'on pourra cesser de l'objectiver, et par là même qu'il pourra exister en tant que sujet, nous objectivant.

"Que nous le comprenions ? Mais l'expérience qu'a le schizo-phrène de lui-même nous est nécessairement incompréhensible, et nous le restera tant que nous serons sains d'esprit et lui "non".

R.D. LAING

Il faut cesser de mettre sans cesse des barrières, de séparer le fou du non-fou, si on veut comprendre quelque chose à la folie. Il faut quelque part accepter de s'y perdre, peut-être prendre le risque de ne plus trouver ses repères ; peut-être y trouvera-t-on autre chose, d'autres repères, d'autres lieux, ou peut-être les mêmes sans leurs exigences mortelles pour ceux qui les y ont perdu.

Les infirmiers, en refusant le port systématique de la blouse, de soignant, signifiaient symboliquement qu'ils n'acceptaient pas ce clivage entre le soignant qui est "non-fou" de par son statut même, et le soigné qui est "fou". Ce n'était pas là l'abolition des différences, le mirage de la fusion psychotique tant reproché à ceux qui approchent de la psychose,

"on est tous pareils", mais la reconnaissance profonde de l'autre, à la fois semblable et différent.

Toute possibilité de rencontre avec l'autre passe par cette acceptation et de la différence, et de la profonde identité de l'autre avec soi-même. Reconnaître que l'autre n'est pas pareil, ne peut être semblable à soi, je pense que c'est là que commence le racisme.

Nous avons donc refusé d'écrire quelque chose sur les dossiers.

- Refus d'objectiver la folie en symptômes, en comportements, qui n'ont de sens qu'en fonction de ce qui les a déterminés.

- Refus de transcrire sur un papier lisible par tous, ce qui était dit, entre deux ou plusieurs personnes ; ce qu'elles disaient leur appartenait. La dimension personnelle, individuelle de ces entretiens ne pouvait être transcrite.

- Refus de considérer la personne qui était en face de soi comme un "cas", auquel on mettait une étiquette ; on risque trop de ne plus voir que l'étiquette.

- Refus de ce savoir livresque sur la folie, qui permet de dire que tel est schizophrène, tel maniaque, et tel dément. On n'est pas tellement avancé quand on a dit ça, hormis le plaisir de faire correspondre une catégorie nosographique à une entité individuelle, qui ne peut jamais se résumer ainsi.

Les dossiers étaient accessibles à tous ; les hospitalisés pouvaient écrire dessus. Pourtant, que de fantasmes sur ces dossiers : "alors je suis tout écrit là-dedans ?". Nous n'utilisions pas ce pouvoir d'écrire sur les gens, mais ils savaient bien que nous aurions pu le faire. Le lieu d'écriture le plus utilisé était le cahier de consignes, cahier de transmissions où était marqué qui travaillait tel jour, qui était rentré, qui sorti, et les incidents du pavillon. Les hospitalisés y inscrivaient parfois leur version, ou leurs impressions du moment : "on s'emmerde ici", "j'ai mal aux pieds", "on m'a fait une piqûre et je le voulais pas". Cet espace, plus neutre, inscrit dans la quotidienneté de la vie d'un pavillon, était plus accessible aux hospitalisés que les dossiers médicaux, qui gardaient un caractère mythique, étaient une marque de ce savoir médical inaccessible.

Il y avait évidemment une perte d'informations considérable avec un tel système. Quand tel infirmier était parti, ou était absent, on ne savait pas ce qu'il s'était passé entre lui et tel hospitalisé, si ce n'est par ce que

voulait en dire l'hospitalisé. Mais cela dénotait un tel respect de l'hospitalisé, des relations qu'il pouvait avoir, que cette perte d'informations était compensée par l'authenticité des relations, la possibilité de pouvoir parler librement. Il est des choses dont on ne peut parler que si on sait qu'elles ne seront pas répétées ; plus tard, peut-être, on pourra en parler à d'autres, accepter que les autres en parlent. Mais si on n'a pas cette possibilité d'en parler à quelqu'un à qui on a envie d'en parler, toute parole libérée sera impossible.

Une conséquence importante de cette virginité des dossiers était que ceux qui possédaient le pouvoir sur les dossiers, en général les médecins, ne savaient pas tout sur tout le monde en les lisant. Si on voulait connaître quelqu'un, on allait lui parler, sans avoir les préjugés qu'entraîne la chose écrite ; on pouvait après, voir les gens qui le connaissaient bien, s'ils avaient envie d'en parler. On apprenait ainsi peu à peu qui c'était, avec qui il avait des relations privilégiées ; il y avait toute une sorte de saga, de tradition orale, qui évitait le formalisme de la chose écrite, et abolissait le pouvoir sur les mots qu'ont ceux qui savent, qui ont la maîtrise de l'écriture et du discours.

Je me suis longuement expliquée sur ce refus d'écrire sur les gens. C'est un point qui m'est sensible, depuis que j'ai été traitée de psychotique par des psychiatres pour une telle attitude ; je n'ai pas encore bien compris en quoi c'est psychotisant de ne pas classer en catégories les fous, d'accepter de ne pas tout savoir sur quelqu'un. Je crois, en tout cas, que c'est profondément aliénant, de vouloir toujours classer, mettre en mots quelqu'un ; on peut dire des choses, exprimer des sensations, mais il est absurde de vouloir réduire quelqu'un, qui que ce soit, à cela ; c'est une entreprise totalitaire, aliénante qui ne saisira jamais la totalité de l'être. Si encore on pouvait écrire des poèmes ... ou faire des dessins, ou faire de la musique. L'approche poétique est peut-être celle qui peut le plus accéder à un certain niveau, traduire en symboles ce qui ne peut être exprimé par de simples mots. Tandis que l'approche scientifique ou pseudoscientifique peut être objectivante et, par là, réductrice.

Bien sûr, on est forcé, en tant que soignant, de tenir un discours sur les gens. Mais ce discours peut être tenu en présence des gens concernés. On a besoin de mots, de concepts pour exprimer quelque chose ; les termes de psychose, d'expérience délirante, d'angoisse, de dépression servent à définir quelque chose, qui ne peut être que difficilement et partiellement exprimé d'une autre manière. Mais, plus que les mots eux-mêmes, c'est la manière de s'en servir qui peut être réductrice.

Quand on permet au psychotique, au délirant, au déprimé d'accéder à ce langage, qu'il en est maître autant que les soignants, ce peut ne pas être aliénant d'utiliser ces mots. C'est lui permettre d'avoir un pouvoir sur ce qui se passe dans sa tête, de le contrôler, de ne pas être soumis à la fois à ces choses bizarres qu'il ressent, et à cette drôle de manière qu'ont les gens d'en parler. Ce qui est nommé existe dans une réalité différente que ce qui est innommable. Je crois que c'est pour cela que les premiers psychiatres ont nommé les maladies, les ont classées, pour avoir ce pouvoir magique des mots sur les choses qu'ils désignent. Mais, en gardant ce pouvoir pour eux, ils ont transformé la folie en leur chose, alors que ce devrait être d'abord la chose des fous, ou celle de nous tous.

Je crois que ce n'est pas la même chose pour quelqu'un d'être catalogué schizophrène de telle forme clinique, ou de dire qu'il vit une expérience de déstructuration ; il y a déjà une différence entre l'observation d'un comportement, qui est jugé normal ou anormal, et l'essai de compréhension de ce qui sous-tend ce comportement. Le psychotique a une telle difficulté à se vivre comme sujet, comme personne, que c'est en quelque sorte répondre à sa demande d'être objectivé, de ne pas avoir la possibilité d'exister en tant qu'être désirant que de le nommer fou, non responsable de ce qui se passe dans sa tête, et qui lui est tellement étranger. C'est créer une autre aliénation, qui s'ajoute à l'aliénation de la folie.

Ce pouvoir, idéologique que l'on a grâce au savoir sur les fous, et qui se manifeste par le pouvoir bien réel que l'on détient au niveau de leur vie quotidienne, où tout ce qui est matériel est fourni par l'institution : repas, chambres, cigarettes, vêtements, sorties à l'extérieur, nous n'en voulions pas. Et nous avons commencé à laisser la plus grande liberté possible compatible avec une vie collective. Les gens n'étaient pas obligés de se coucher à heures fixes, s'ils n'empêchaient pas les autres de dormir ; ils ne mangeaient pas s'ils n'en avaient pas envie, restaient dans leur chambre s'ils voulaient être seuls, et avaient toujours la possibilité de sortir s'ils le voulaient. Nous refusions d'exercer une contrainte quelconque à ce niveau très élémentaire, qui nous paraissait le premier à acquérir. En effet, il est relativement facile de ne pas exercer ce pouvoir matériel que l'on peut voir et cerner assez facilement ; le pouvoir idéologique est beaucoup plus difficile à repérer, il réapparaît sous de multiples formes, sous des masques très divers ; on peut cependant en limiter les effets, en réduire les conséquences. Mais, pour arriver à en déterminer les mécanismes, les supports idéologiques, il faut d'abord renoncer à exercer le pouvoir matériel, "objectif", puis faire une analyse théorique des facteurs qui ont permis à un tel pouvoir d'exister, puis analyser les conséquences de ce non-exercice du pouvoir.

Une des conséquences directe et immédiate de ce refus d'utiliser le pouvoir qui nous était délégué en tant que soignant fut que d'autres exercèrent ce pouvoir ; et le pouvoir administratif remplit alors les fonctions de surveillance, de gardien de l'ordre en gardant les fous.

Le fait que nous refusions de surveiller, de participer à l'enfermement des fous et que cela a obligé d'autres instances à exercer ces fonctions nous a permis de comprendre à quel point la notion de thérapeutique est intimement liée à celle d'enfermement ; soigner les fous, d'accord, mais qu'ils ne dérangent pas. Ce n'est peut-être pas un hasard si l'hôpital était si éloigné de son secteur géographique, s'il n'a pas été possible de créer le service d'hospitalisation à l'intérieur même du secteur. L'hôpital a gardé sa fonction d'enfermement, de mise à distance, à l'écart de la folie. L'idéologie de "soins" s'est superposée à cette fonction, mais ne l'a pas annulée. L'évolution terminologique est significative à cet égard : après le terme d'asile, lieu où les fous peuvent se réfugier, et qui permet à la société de les y enfermer, le terme d'hôpital, dénotant une fonction de soins, avec encore cette notion de lieu public, où l'on recueille les indigents, puis maintenant les centres psychothérapiques où on "guérit" par la psychothérapie. La plupart des hospitalisés avaient bien saisi le décalage entre ce titre ambitieux, et la réalité, par exemple, lorsque le concierge de l'hôpital les empêchait de sortir : "mais alors, ici, on est enfermé ?".

Et je crois que cette reprise d'un pouvoir qu'ont d'ordinaire les soignants par des instances administratives nous a permis de mieux comprendre le rôle que nous aurions dû avoir.

Rôle que jouent la majorité des institutions psychiatriques. En soignant les fous (et je ne nie pas que ce soit important pour eux), on participe en même temps à leur enfermement, à maintenir la folie dans certaines limites ; la folie de quelques-uns sert de caution à la normalité des autres. Et la majorité des institutions psychiatriques a cette fonction de répression de la folie, bien que le but de la majorité des gens qui y travaillent soit de soigner les fous ; même si leurs idées et leurs désirs thérapeutiques les entraînent à critiquer un tel rôle répressif, ils sont forcés de l'avoir, de par l'institution psychiatrique dans son ensemble, et par la fonction qu'a cette institution au sein des autres systèmes de répression.

Il y a dans les institutions psychiatriques, tout un système de pressions pour faire respecter ce système répressif : soit le personnel de l'institution s'impose à lui-même une certaine forme de censure, certaines lois, limites qu'il lui faut respecter ; il ne faut pas paraître trop fou, il faut maintenir une différence entre nous et les malades, sinon, comment saurait-on

qui est qui ? "Nous, on ne sait pas, c'est le docteur qui sait". Soit, la pression administrative interne, par le pouvoir qu'a toute administration sur le personnel qu'elle emploie, utilise tout ce qui est à sa disposition pour faire respecter ses lois, ses règlements ; faire correspondre cette réalité mouvante et peu cernable d'une institution basée sur les relations interpersonnelles à l'idée qu'elle se fait de ce que devrait être une telle institution. Cette administration doit faire respecter ses règlements, d'une part pour exercer son rôle purement administratif, d'autre part sous la pression des instances administratives supérieures (D.D.A.S.S., préfecture, ministère de la santé), et des autorités environnantes. Ce n'est pas un hasard si le président du conseil de l'ordre des médecins siégeait au conseil d'administration de l'hôpital, alors qu'il n'y a aucune possibilité de représentation de ceux qui subissent l'institution.

Ce refus d'autocensure, de limiter notre expérience à d'autres limites que les nôtres et l'impression qu'on en avait, d'absence de toute loi, d' "anarchie", ont suscité bien des fantasmes, au niveau de la population environnante (de plus Saint-Cyr est un des quartiers les plus résidentiels de Lyon), des autres institutions psychiatriques de la région, que notre démarche mettait en face de leur démarche à eux, leur montrait que quelque chose était possible, qu'eux n'avaient pas fait.

Nous avons certainement eu tort de limiter notre action à l'intérieur de l'hôpital ; nous aurions dû prendre plus de contacts avec les autres hôpitaux psychiatriques, avec d'autres institutions similaires, avec des organisations diverses qui auraient pu nous soutenir. Mais au moment où nous travaillions à Saint-Cyr, nous n'avons que peu saisi le caractère "révolutionnaire" de notre pratique, pas compris les implications politiques. Ce n'est que la répression que nous avons subi, qui nous a paru d'abord injustifiée, qui nous a permis d'en comprendre la portée.

Si tant de pressions se sont exercées sur le centre psychothérapique de Saint-Cyr, ce n'est pas seulement à cause de notre pratique nouvelle et différente, c'est essentiellement parce que, pour avoir cette pratique, nous n'avions pas le rôle répressif qui était attendu de nous. De plus, considérer le fou comme une personne et non comme un être dénué de tout pouvoir et de toute autre identité que celle de fou, était beaucoup trop dangereux au niveau idéologique ; il fallait à tout prix que cesse cette expérience, qui montrait trop bien que le fou peut exister, et peut-être pas si fou que cela.

Ce furent les causes principales de la répression dont nous avons été l'objet, qui ont été plus ou moins masquées par la suite sous des motifs essentiellement médicaux. Que penser des accusations faites au médecin-chef par un inspecteur général du ministère ? Qu'il y ait eu une fois, une

fête dans un pavillon ; le "relachement des moeurs" dans le service ; les sorties excessives de malades ? Que répondre à de telles accusations, que ne peut-on penser sur ceux qui les portent ? Sinon que ce ne sont pas les motifs réels, et qu'ils ne servent qu'à masquer d'autres raisons qu'il n'est pas possible d'exprimer, de la part d'un gouvernement qui se veut libéral et avancé (le ministre de la santé de l'époque était Poniatowski).

LA CRISE DES INSTITUTIONS

Actuellement, les institutions qui semblaient être les piliers de notre société, vacillent sur leurs bases. Elles sont contestées sur leurs supports théoriques et sur leur mode de fonctionnement, et par ceux qui les subissent, et par quelques-uns de ceux qui participent au fonctionnement de ces institutions.

Ce grand mouvement de remise en question, qui est devenu apparent en mai 1968, atteint toutes les institutions : l'école, l'enseignement, la justice, la prison, l'armée, la famille, le couple, la sexualité, le travail, la médecine et la folie ... institutions, qui, actuellement, sont reliées au système capitaliste de production et d'exploitation, de manière très évidente quant à leur fonctionnement et leur finalité, de manière parfois plus latente dans leurs bases et leur idéologie. Nombre d'analyses ont été faites ces dernières années sur les moyens de fonctionnement de ces différentes institutions, sur la manière dont elles participent à l'aliénation des individus, et dont ces institutions se renforcent entre elles, chacun ayant sa fonction et sa finalité.

Parallèlement à ces analyses théoriques, ont apparu des tentatives de vivre autrement, de travailler autrement, de récupérer une certaine liberté d'être, de résister à ces multiples aliénations dans un double mouvement : recherches de nouveaux modes de vie, qualifiés plus ou moins de marginaux, et luttes à l'intérieur des institutions, pour démontrer leurs mécanismes et tenter de les transformer de l'intérieur, toutes tentatives plus ou moins vouées à l'échec en tant qu'elles restent parcellaires, mais qui montrent clairement qu'il y a autre chose qui peut exister.

L'expérience de Saint-Cyr s'est inscrite dans ce double mouvement, contestation de la psychiatrie en tant qu'institution (et de l'institution de la folie), recherche autour de la psychose, et recherches de modes de vie différents de ceux qui nous sont imposés ; ces deux axes de recherche s'influençant mutuellement, s'interpénétrant et se modifiant sans cesse l'un par rapport à l'autre, dialectiquement.

Je crois que l'originalité de Saint-Cyr a été de pouvoir mettre en pratique des idées qui ne sont plus tellement originales, idées assez simples, à base de liberté et d'humanisme. La mise en pratique de telles idées, de par le peu de structures de l'institution et la rencontre avec cette ultime contestation de la vie que peut être la psychose, a permis à ces idées vaguement humanistes et libérales d'évoluer, de remettre en cause l'institution elle-même et toutes les structures sur lesquelles elle s'appuie, et peut-être que nous avons réussi à créer autre chose, de nouvelles relations entre les gens de l'institution, une nouvelle manière de vivre, radicalement différente de ce que nous avons connu et pu imaginer.

Reste à percevoir le sens d'une telle institution.

Je ne peux m'empêcher de penser que la répression que nous avons subie (ainsi que celle que subissent les institutions semblables, qui ont eu une telle évolution) a été à la mesure de notre pratique révolutionnaire, à la mesure de tout ce que nous avons contesté et de ce que nous avons pu créer de différent (Non que d'autres institutions n'aient pas une pratique révolutionnaire ou très différente de celles dont on a l'habitude, mais elles bénéficient d'un soutien extérieur, ou de circonstances extrêmement favorables ; ce qui n'a pas été notre cas).

Je me suis souvent demandé si une telle institution aurait pu durer. Je ne sais pas. L'expérience que j'ai d'autres institutions m'a montré qu'il est très difficile à une institution de maintenir un équilibre, fragile et mouvant, entre une rigidification des structures pour conserver une certaine cohérence à l'ensemble, et l'acceptation d'une non-structuration pour laisser la place aux failles, et je crois que Saint-Cyr n'aurait pas échappé à ces tendances.

Ensuite, je crois que nous commençons à percevoir avec trop d'acuité les contradictions du travail de soignant, ses ambivalences. Nous n'étions pas "répressifs", nous n'usions pas du pouvoir qui aurait pu être le nôtre, mais c'était uniquement parce que nous en avions décidé ainsi (du moins au début). Mais nous acceptons de plus en plus mal ce rôle de normalisateur que nous avons, et je ne sais comment nous aurions pu tolérer de voir ces contradictions grandir, et peut-être nous enfermer.

*“ Comment peut-on être psychiatre,
car, si on nait persan, on devient psychiatre ”.*

L. BONNAFE

Les nouvelles structures psychiatriques sont traversées de contradictions, qui émergent et font jour. Ces contradictions reflètent la crise générale de toutes les institutions à laquelle nous assistons actuellement. Le poids des institutions asilaires, leur inertie et leur capacité à masquer tout ce qui peut y émerger empêche que ces contradictions se révèlent clairement, dans toute leur ampleur, en ces lieux. Alors qu'une institution récente comme Saint-Cyr, permet et même favorise l'apparition de ces contradictions, qui se manifestent, éclatent et peuvent faire éclater l'institution, ou ne lui permettre de survivre que déjà morte.

On peut essayer de repérer ces contradictions ; en fait, elles traversent le champ institutionnel en même temps que d'autres champs, et il faut à la fois analyser le champ institutionnel proprement dit, et les champs politiques, idéologiques, sociaux, culturels, économiques dans lesquels s'inscrit une institution donnée. De la même manière qu'une institution comme Saint-Cyr s'inscrit dans le champ beaucoup plus global de la psychiatrie et de la "maladie mentale", de la même manière, elle s'inscrit dans un contexte extérieur donné : la lutte des classes, les modes de fonctionnement économique de type capitaliste, les modèles idéologiques de ce même capitalisme.

Le fait que cette institution était un établissement public, lieu d'hospitalisation possible de toute la population du secteur géographique, me semble extrêmement important, car il n'y avait pas de possibilité de sélection de "malades intéressants" ; il n'y avait pas non plus la possibilité de se décharger sur d'autres institutions des gens encombrants, les vieux, les "débiles profonds", ceux qui se sont chronicisés dans leur psychose ... L'hôpital psychiatrique garde toujours sa fonction d'asile, même s'il s'appelle centre psychothérapique. On est obligé de tout accepter, même sans avoir la possibilité d'une action thérapeutique quelconque (ce qui différencie une telle institution des établissements, centres d'accueil, communautés thérapeutiques, qui pratiquent une certaine sélection et souvent n'acceptent que les gens qui répondent à leurs critères. Ce n'est pas une critique à leur égard, mais ils ont une possibilité de choix, de "sélection", et ils peuvent toujours se servir de l'hôpital psychiatrique quand ils en auront besoin). Outre cette impossibilité de refuser qui que ce soit, ou de se décharger sur une autre institution, l'hôpital psychiatrique est en rapports très étroits avec et les instances administratives supérieures, et les structures sociales, politiques, économiques, qui l'environnent. Il est inséré dans cette réalité

sociale. Il y participe, et en ne pouvant exister sous sa forme actuelle que dans une telle réalité, qui lui confère légitimité et existence, et en servant à maintenir telle quelle cette réalité. Le dedans et le dehors d'une institution ne sont pas aussi différents qu'on se plait parfois à le penser. Les lois qui y règnent, leurs modes de fonctionnement sont les mêmes ; si l'institution psychiatrique secrète ses propres lois, c'est autant en fonction du rôle qu'elle a à jouer que du fait de ses nécessités internes, et ces lois ne sont pas différentes dans leur nature des lois extérieures. Qu'elles soient plus rigides, plus formelles, que leur totalitarisme soit plus évident, oui, mais on retrouve ces mêmes lois dans d'autres institutions (à un niveau très apparent : l'école, l'armée, la prison, toutes institutions où certains exercent un pouvoir très réel sur d'autres, et ont, dans certaines limites, variables dans le temps, suivant l'institution, et le statut des gens, un pouvoir absolu sur les autres).

Le fait que l'institution psychiatrique ait été investie d'un tel pouvoir sur ceux qu'elle a mission de soigner ne peut que me rendre très méfiante envers cette notion de soins. En dehors du fait de soulager les gens, de leur permettre de vivre mieux (ou moins mal) quel est le rôle qu'on nous fait jouer, du fait de ce pouvoir dont on est investi sur les gens que l'on soigne ? Que veut dire ce pouvoir ?

L'institution de Saint-Cyr, qui ne jouait justement pas ce rôle de pouvoir d'enfermement, n'a pas pu continuer ainsi, et a dû rentrer dans la "norme" des institutions psychiatriques. C'est justement de ne pas remplir cette fonction de surveillance, d'enfermement qui a été reproché et a été la cause de la reprise en mains de l'institution par une psychiatrie plus "officielle", "plus classique", une psychiatrie d'enfermement.

Lors du procès du Docteur N . . . , il tentait d'expliquer nos modes de travail, et la liberté que nous jugions nécessaire pour nous et pour les gens qui étaient hospitalisés, que nous refusions d'enfermer les gens ; le procureur lui a dit alors : "Plus une institution est ouverte, plus les malades doivent être surveillés". Autrement dit : la liberté, d'accord, mais surveillée. La liberté est un excellent principe thérapeutique, sur lequel tout le monde est d'accord, à condition, bien entendu, de ne pas l'appliquer.

Beaucoup d'hôpitaux psychiatriques donnent actuellement les apparences d'une certaine liberté ; mais est-elle réelle ? Ou est-elle réservée à ceux dont on sait qu'ils n'en useront pas ?

Dans des institutions de plus en plus nombreuses, les "malades" commencent à bénéficier des conditions matérielles élémentaires de vie, ou de survie ; ceci provoqué à la suite des modifications générales des modes de vie, à la suite aussi de la dernière guerre.

Mais la diminution de ce système répressif très évident a été compensé par l'apparition de nouvelles formes de "surveillance". Les neuroleptiques, introduits en France au début des années 50, ont certes permis une nouvelle approche de la maladie mentale, qui aurait été très difficile sans eux. Mais leur utilisation, qui peut devenir quasi-systématique, peut servir à neutraliser toute forme de déviance, toute émergence de ce qui n'est pas conforme, pas prévu. Dans beaucoup d'hôpitaux psychiatriques, les neuroleptiques servent essentiellement à abraser les symptômes, surtout quand ils sont gênants pour l'institution ; ils permettent de surmonter l'angoisse des patients, quand il n'y a rien d'autre pour l'assumer. Considérer quelqu'un comme guéri quand il n'a pas de symptômes, ou comme malade quand il en présente, qu'est-ce que ça veut dire ? La pratique de secteur est de même, dans certains lieux, essentiellement basée sur la prescription au dispensaire, de neuroleptiques-retards ; cette pratique a l'avantage immense de laisser le patient dans son milieu, de ne pas l'enfermer dans un lieu d'exclusion (mais parfois, il est fou de ce milieu même, et aurait besoin de s'en distancer pour pouvoir par la suite, s'y réintégrer, quand il pourra le supporter).

Mais la pratique de secteur ne peut tout prendre en charge, et les gens qui demandent une prise en charge plus importante, plus intensive, ceux qui n'ont personne pour s'occuper d'eux, ceux qui n'ont pas de quoi vivre matériellement à l'extérieur, devront bien être hospitalisés quelque part. Le secteur ne supprime pas l'asile. D'autre part, la prescription de neuroleptiques-retards, en injections qui sont souvent faites au dispensaire, permet une atténuation notable des troubles, permet dans certains cas que s'ébauche une relation thérapeutique, mais souvent ne sert qu'à masquer les symptômes gênants pour le patient et son entourage ; et tout sens est ainsi annulé, il se retrouvera éternellement devant le même problème, qui prendra des formes différentes, mais n'en existera pas moins.

Cette critique que je formule à l'égard de la pratique sectorielle vise essentiellement la pratique de secteur centrée sur l'hôpital, l'hospitalo-centrisme de la majorité des institutions psychiatriques actuelles.

On peut penser qu'une pratique de secteur effective, non hospitalo-centrique, peut changer cet état de fait. Mais la pratique de secteur ne fait pas disparaître l'asile, et, en même temps, ouvre le champ de la psychiatrie à toute une population qui n'aurait jamais relevé de l'asile. Déviants de plus en plus nombreux, déviants de toutes sortes, inadaptés aux institutions : enfants inadaptés à l'école, jeunes délinquants, ouvriers complètement écrasés dans leur travail, d'autant plus aliénés qu'ils ne peuvent et n'imaginent pas avoir une vie qui ne soit pas centrée par le travail (et quel travail ?), toxicomanes des banlieues ...

"Aujourd'hui, les terrains vagues de la "déviance" mordent sur les "tracés laborieusement conquis. Il s'esquisse une relative inter-"changeabilité entre le "délinquant", l' "asocial", le "malade", et "les autres "marginaux". Parallèlement se multiplient les glissements institutionnels. De la prison à l'hôpital psychiatrique sans "doute, et réciproquement. Mais on a vu aussi que divers établissements médico-éducatifs, médico-juridiques, ou médico-juridico-"éducatifs, etc ... meublent de plus en plus l'espace qui sépareit "ces deux piliers. La progressivité du transit dans les deux sens est "ainsi assurée, en même temps que la précocité de la prise en charge".

R. CASTEL

in : "Le psychanalysme", op. cité, p. 185.

Le psychiatre doit pratiquer une psychiatrie "normative", face aux divers inadaptés aux institutions qui les lui adressent. Il doit, sous couvert de thérapie, déterminer la forme d'assistance la plus adaptée aux individus, d'après leur possibilité ultérieure de réadaptation et de réinsertion dans la vie sociale. Les dispensaires, foyers, centres d'accueil, hôpitaux de jour, de nuit, ... lui fournissent un éventail assez large pour réadapter ceux qui peuvent l'être, dans les conditions les plus humaines et les plus supportables. Mais, pour ceux qui ne peuvent se réadapter, c'est l'asile, l'exclusion. Ce dernier échelon éclaire d'un jour différent l'édifice de la psychiatrie non-asilaire. Car la pratique de secteur ne fait pas disparaître les asiles, si elle les rend moins apparents et si elle permet à une quantité notable de gens d'y échapper. Mais la psychiatrie non-asilaire ne peut exister sans l'asile, qui reste le dernier lieu, celui où on va quand on ne peut plus aller ailleurs.

Tant qu'existera un tel lieu d'exclusion, tant que la folie devra être gardée, cachée, les discours humanitaires, les pratiques de secteur les plus satisfaisantes contribueront à perpétuer cette exclusion.

"Que la politique de secteur comporte l'avantage d'offrir une alternative au malade entre la maladie et l'institution psychiatrique, c'est le fait fondamental (dans le cas où on ne continue pas toutefois à ériger l'asile sur les épaules du service sectorisé, ce qui équivaldrait à l'existence à l'intérieur de la communauté thérapeutique de "valves de sécurité" qui garantirait l'éventuelle nécessité d'isolement temporaire). Cependant, même dans le meilleur des cas, le secteur pourrait être le nouveau visage de l'institution de la violence (plus masquée et plus voilée que les horreurs asilaires) qui, après avoir libéré le malade mental des étiquettes et des superstructures institutionnelles, et l'avoir inclus dans la "norme", établit de restreindre les limites afin de pouvoir le maintenir sous le contrôle de différentes espèces".

F. BASAGLIA

Instit. psychiat. et société, op. cité, p. 714.

Je pense à ce qui se passe actuellement en Allemagne de l'Ouest, où les suicides d'enfants jeunes, d'une dizaine d'années, sont devenus terriblement fréquents. Pour qui est un peu au courant de la scolarité dans ce pays, de la course pour la place permanente qu'est devenue l'école, de la sélection impitoyable qui commence presque à la maternelle, cela surprend certes, mais on arrive à comprendre que ces enfants, qui n'ont plus leur place dans le système scolaire, et qui n'en ont pas d'autres, qui se sentent totalement rejetés du système social, où ils ne pourront accéder que dans les plus bas échelons, n'ont pas grand-chose à attendre de la vie, surtout que tout leur système de valeurs est basé sur cette hiérarchie du travail, l'élévation sur l'échelle sociale. En fait, le gouvernement n'a rien trouvé de mieux que de mettre des psychologues scolaires dans toutes les classes, et on a découvert qu'un enfant sur trois souffrait de troubles psychiques, et qu'un sur cinq avait besoin d'une aide psychologique. Ce qui démontre bien que la psychiatrie, la psychologie, servent actuellement à maintenir l'institution de l'école, à y adapter les enfants qui ne s'y adaptent pas -et comment peut-on s'adapter à un tel système ?- En France, la situation n'est pas encore aussi alarmante. Mais la majorité des enfants que j'ai vus en travaillant dans le secteur étaient dans des S.E.S., classes spécialisées pour enfants inadaptés, avec une proportion écrasante d'enfants d'immigrés, d'enfants issus de milieux plus que pauvres, présentant parfois des troubles dits psychiques. Mais ce qui a motivé à chaque fois l'intervention du psychiatre, c'est que l'enfant troublait la classe, n'était pas adapté. Comme me le disent des Assistantes Sociales Scolaires, "Si on mettait un gamin normal dans ces classes, il deviendrait comme les autres, et ne pourrait plus retourner dans le circuit normal". Ces classes dites de perfectionnement servent à rassembler tous les enfants qui ont échoué dans le système scolaire, et que le système scolaire a échoué à intégrer. C'est en quelque sorte le lieu d'exclusion de l'école, et c'est là qu'on appelle le psychiatre, qu'on demande

son intervention pour "régler" le problème.

Il n'est pas question de ne pas intervenir, car nous pouvons dans une certaine mesure, faire revenir l'institution sur son exclusion, et l'enfant a une chance de se réintégrer dans le système scolaire. L'aide psychologique que peut apporter le psychiatre peut être utile, mais je pense qu'il ne faut pas considérer cette aide individuelle que nous pouvons apporter comme suffisante. On ne peut pas laisser se fabriquer en ce moment les inadaptés de demain.

J'ai longuement parlé des rapports de la psychiatrie et de l'école, car ces relations m'apparaissent importantes à percevoir et à analyser. D'autre part, pratiquement tous les enfants passent par le système scolaire, et risquent donc d'y échouer.

Mais on pourrait parler aussi des relations entre la justice et la psychiatrie, entre la prison et les diverses institutions répressives et la psychiatrie ...

Je ne pense pas que le psychiatre puisse rester indifférent aux conséquences d'une telle pratique. Il n'est pas possible de rester neutre en face de l'asile, en face de la psychologisation à outrance qui envahit tout, qui peut expliquer tous les conflits en leur donnant une dimension purement individuelle. Il est évident que certains individus sont plus adaptables, que certains supportent mieux leur aliénation, et que la dimension individuelle existe toujours. Mais ne voir que celle-là, même quand on est psychiatre, la privilégier, n'est-ce pas nier ou empêcher que certains conflits, certaines crises aient une toute autre dimension ?

"En effet, que la psychiatrie bourgeoise soit disposée à reconnaître que la maladie mentale est étroitement liée aux contradictions de notre réalité sociale, élargissant le champ des dommages et des soins de l'individu à la famille, à l'école, à l'usine, signifie qu'elle sait pouvoir créer de nouvelles institutions dans cette direction (psychothérapie familiale, psychologues dans les usines, assistances sociales) qui décapiteront les conflits sans jamais arriver à explorer le fondement sur lequel se base l'idéologie : la définition de la norme comme limite des valeurs de la classe dominante et la division des rôles comme subdivisions à l'intérieur de la norme des diverses compétences".

F. BASAGLIA.

Pourtant, en même temps que les normes deviennent de plus en plus nombreuses, qu'elles s'étendent à des domaines qui avaient échappé jusque là à toute "normalisation", il me semble que les normes de la folie changent. Pour la première fois dans notre civilisation occidentale, des manières autres qu'objectives d'appréhender le temps, l'espace, des perceptions corporelles différentes ne sont plus considérées comme pathologiques mais sont au contraire recherchées, par des gens que l'on ne qualifie pas de fous, et qui refusent cette étiquette de fous.

Peut-être que cela changera plus notre manière d'être avec la folie que les discours théoriques que l'on peut tenir dessus.

RESUME

1°) - Comment était Saint-Cyr. Quelques faits, quelques réflexions.

2°) - Histoire de l'institution. Comment, après avoir réuni toutes les conditions nécessaires pour faire un travail thérapeutique, les gens qui y travaillaient se sont mis à contester les formes traditionnelles de soins, et ont eu une pratique différente de celle qui a lieu dans les hôpitaux psychiatriques en général, différente aussi de la psychothérapie institutionnelle, se rapprochant peut-être plus de ce qui peut exister dans les "communautés thérapeutiques", avec les contradictions que peut entraîner une telle pratique, exercée dans un hôpital, service public pour toute une population.

3°) - Comment fonctionnait cette institution ? L'institution en tant qu'analyseur des crises actuelles de la hiérarchie, du pouvoir et du savoir médical et psychiatrique, du rôle de surveillance que sont obligés de jouer les psychiatres, rôle qui peut être en contradiction avec leur travail thérapeutique.

4°) - La place de ces institutions récentes, "en crise", au sein de l'institution psychiatrique. La pratique psychiatrique de secteur permet d'éviter un grand nombre d'hospitalisations, mais ne fait pas disparaître les hôpitaux psychiatriques. En même temps, cette pratique étend le champ de la psychiatrie à d'autres champs, et le psychiatre risque de devenir une sorte de "normalisateur de la déviance", essayant de réinsérer les individus dans leurs institutions, et essayant d'augmenter la tolérance de ces institutions par rapport aux déviances.

CONCLUSIONS

QUELQUES REFLEXIONS SUR L'INSTITUTION

D'après le dictionnaire, une institution est à la fois l'action d'instituer, et la chose instituée. Il me semble qu'une institution, psychiatrique ou autre, n'est une institution vivante que dans la mesure où il y a ce double mouvement d'interaction entre le processus et ses effets.

Cependant, la majorité des institutions a tendance à se figer, la chose instituée primant l'action d'instituer. Les institutions évoluent peu à peu pour leur propre compte, pour et par elles-mêmes, venant à sécréter leurs propres lois, à perdre la finalité pour laquelle elles avaient été créées. C'est le cas de la majorité des institutions psychiatriques, et peut-être de l'institution psychiatrique dans son ensemble.

Les institutions psychiatriques sont en général des institutions extrêmement figées, qui ne peuvent permettre d'exister à ce qui ne respecte pas leurs lois. Tout discours, tout acte qui ne rentre pas dans le cadre de l'institution est rejeté, annulé ou exclus.

L'institution psychiatrique dans son ensemble a peut-être subi la même évolution. Une institution comme Saint-Cyr, qui ne respectait pas "lois" de la psychiatrie, ne pouvait exister que pendant un temps limité.

Ce n'est pas le fait de la seule institution psychiatrique. En dehors du fait qu'elle existe actuellement pour son propre compte, l'institution psychiatrique existe dans un réseau d'institutions, où elle a sa place et sa fonction.

Et il n'est pas possible actuellement à une institution psychiatrique de ne pas respecter ce rôle, cette fonction, autrement que momentanément, si elle ne peut résister à l'ensemble du système, soit en s'insérant dans un autre ensemble institutionnel, ou idéologique, soit en trouvant à l'intérieur même du système les appuis qui lui permettront d'y résister.

BIBLIOGRAPHIE

BASAGLIA F. -

L'institution en négation.

Ed. française Seuil, 1970.

LAING R.D. -

. Soi et les autres.

Ed. française Gallimard, 1971.

. Le moi divisé.

Ed. française Stock, 1970.

. La politique de l'expérience.

Ed. française Stock.

. La politique de la famille.

Ed. française Stock.

LAING R.D. et COOPER D. -

Raison et violence.

Ed. française Payot.

LAING R.D. et ESTERSON A. -

L'équilibre mental, la folie et la famille.

Ed. française Maspéro.

DELIGNY F. -

. Graine de crapule.

Paris, 1945, Ed. Victor Michon.

. Les vagabonds efficaces.

Paris, 1947, Ed. Victor Michon.

. Nous et l'innocent.

Paris, 1975, Maspéro.

GOFFMAN E. -

Asiles

Ed. françaises Paris, 1968, Ed. de Minuit.

LAPASSADE G. -

L'entrée dans la vie.

Paris, 1963, Ed. de Minuit.

CASTEL R. -

Le psychanalysme.

GRODDECK G. -

- . Le livre du ça.
Ed. française, 1963, Gallimard.
- . La maladie, l'art et le symbole.
Ed. française, 1969, Gallimard.

TAUSK V. -

De la genèse de l' "appareil à influencer" au cours de la schizophrénie.

Titre de la publication originale :

Über die Entstehung des Beeinflussungsapparates in der Schizophrenie
Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse, 1919, v. 1-33.

trad. de l'allemand par J. LAPLANCHE, A. LEHMANN et V.N. SMIRNOFF.

FOUCAULT M. -

- . Histoire de la folie à l'âge classique.
Paris, 19 , Gallimard.
- . Les mots et les choses.
Paris, 1966, Gallimard.
- . Surveiller et punir.
Paris, 1975, Gallimard.

FANON F. -

- . Les damnés de la terre.
Maspéro, 1968.
- . Peau noire, masques blancs.
Paris, 1952, Seuil.

LACAN J. -

- . Ecrits.
Paris, 1966, Seuil.
- . Le séminaire.
I, XI, XX, Seuil, 1975.

LECLAIRE S. -

- . Démasquer le réel.
Seuil, 1971.
- . On tue un enfant.
Seuil, 1975.

BINSWANGER L. -

- Introduction à l'analyse existentielle.
Ed. française, 1971, Ed. de Minuit.

FREUD S. -

- . Cinq psychanalyses.
- . Inhibition, symptômes, angoisse.
- . L'interprétation des rêves.
- . Essais sur la théorie de la sexualité.
- . Totem et tabou.
- . Moïse et le monothéisme.
- . Malaise dans la civilisation.
- . L'homme aux rats.

REŞNIK S. -

- Personne et psychose.
- Paris, 1973, Payot.

PANKOW G. -

- L'homme et sa psychose.
- Paris, 1969, Ed. Aubier-Montaigne.

SZASZ T. -

- Le mythe de la maladie mentale.
- Ed. française, Paris, 1974, Seuil.

ROUMIEUX A. -

- Je travaille à l'asile d'aliénés.
- Ed. Champ libre, Paris, 1974.

ROSEN J.N. -

- L'analyse directe.
- Ed. française P.U.F., Paris, 1959.

SECHEHAYE M.A. -

- Journal d'une schizophrène.
- P.U.F., Paris, 1950.

WEISS P. -

- La persécution et l'assassinat de Jean-Paul Marat, représenté par le groupe théâtral de l'hospice de Charenton sous la direction de Monsieur de Sade.
- Traduit par J. BAUDRILLARD, Paris, Seuil, 1965.

CUAU et ZIGANTE -

- La politique de la folie.
- 1974, Paris, Stock.

PSYCHIATRIE POLITIQUE -

L'affaire de Heidelberg (s.p.k.), 1972, Maspéro.

BUCHNER -

Woyzeck et Lens.

ARTAUD -

Van Gogh, le suicidé de la société.

Ed. K.

RIVIDAL P. -

Le capitaine Nemo et la science.

BOURDIEU et PASSERON -

La reproduction.

HOCHMAN J. -

Pour une psychiatrie communautaire.

HOF G. -

Je ne serai plus psychiatre.

EQUIPE DE VILLEFRANCHE -

Les enfants de petite maison.

Ed. Federop, Lyon, 1976.

FAULKNER W. -

Sound and fury.

LOVECRAFT H. P. -

Démons et merveilles.

MAJASTRE J. O. -

L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique.

Ed. Maspéro, 1972.

HUXLEY A. -

Le meilleur des mondes.

Ed. Plon coll. Le livre de Poche, 1972.

ORWELL G. -

1984.

Folio, 1972.

THESES -

CATONNE J. -

Des institutions psychiatriques et de leurs analyseurs.
Thèse médecine, Paris Créteil, 1973, n° 22.

GUIRAN M. -

Répondre ? Essai sur le rôle de répondant du psychiatre dans un
champ hospitalier, deux années durant.
Thèse médecine, Lyon 1976, n° 14.

VAZEILLE J. -

La possibilité du changement dans l'hôpital psychiatrique.
Thèse médecine, Lyon, 1974, n° 215.

BORDERIE B. et VELCHE D. -

Fonctions et réalités économiques de l'aliénation mentale,
Mémoire pour le Diplôme d'Etudes Supérieures d'Economie,
Paris I, n° 288.

ARTICLES - REVUES

AUTREMENT

Guérir pour normaliser.
Trimestriel, n° 4, 75/76;

TOPIQUE - n° 1 - octobre 69.

"L'inconscient social de la psychanalyse" R. CASTEL.

PSYCHANALYSE ET SOCIETE

"L'ombre portée de la psychanalyse".
BACKES, CASTEL, FEDIDA, LECLAIRE, LOUREAU, MAI-
RALIN.

INFORMATION PSYCHIATRIQUE - septembre 69, volume 45, n° 7.

"Institution psychiatrique et société ; de la communauté thérapeutique
à la contestation de la société".
F. BASAGLIA.

PREFACE A L'EDITION ITALIENNE d'ASILES d'E. GOFFMAN.

Traduit par BEC et LOCHARD.

PSYCHIATRIE DE L'ENFANT - XVIII - 2 - p. 443-476.
 "Psychologie sociale et problèmes d'assistance".
 OLIVENSTEIN.

FILMS

HISTOIRE DE PAUL
 France, 1974.
 René FERRET.

MARAT-SADE
 Peter BROOKS.
 Angleterre.

FOUS A DELIER
 Italie, 1975.
 BELLOCHIO et AGOSTI.

JOURNAL D'UNE SCHIZOPHRENE.

LES ENFANTS DE LA PETITE MAISON.

YELLOW SUBMARINE.

BLOW-UP.
 Angleterre.
 Joseph LOSEY.

ORANGE MECANIQUE.
 Stanley KUBRICK.

LE MOINDRE GESTE.
 F. DELIGNY et groupe SLON.
 France.

CE GAMIN-LA.
 VICTOR.
 France, 1975.

LA CICATRICE INTERIEURE.
 GARREL.
 France.

LES HAUTES SOLITUDES.
 P. GARREL.
 France.

L'ENFANT SAUVAGE.
 E. TRUFFAUT.
 France, 1971.

FAMILY LIFE.

K. LOACH.

Angleterre, 1971.

CHARLES MORT OU VIF.

A. TANNER.

Suisse.

ANNEXES

CGTCENTRE PSYCHOTHERAPIQUE de ST-CYR-au-Mont d'ORCFDT

DE JOUR, 20 JUIN 1974, les TRAVAILLEURS du CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE
SE SONT MIS EN GREVE POUR 24 Heures, RECONDUCTIBLE, pour les raisons
suivantes :

➤ ABUS DE POUVOIR DE L'ADMINISTRATION

Les permissions des malades sont approuvées ou non, selon le bon vouloir
de la Direction.

Celle-ci se permet de casser les équipes soignantes sans souci des malades
et des infirmiers.

➤ ENTRAVE AUX LIBERTES SYNDICALES :

Les travailleurs ne peuvent se réunir sur leur temps de travail.

➤ MANQUE D'EFFECTIFS :

Deux personnes pour 50 adultes.

Dans les services en général, impossibilité de sortir les malades
par manque d'effectifs.

➤ REFUS de la PRISE EN CHARGE de la FORMATION PROFESSIONNELLE et CONTINUE SUR LE TEMPS DE TRAVAIL.

➤ REFUS de la PRIME DE TRANSPORT.

➤ REFUS de la PRIME de SERVICE ANNUELLE SANS RETRAIT (au niveau des maternités, maladies, accidents du travail, notes)

➤ REFUS de la PRIME de SERVICE pour les AUXILIAIRES.

NOUS EXIGEONS DONC :

— La prise en compte de TOUTES NOS REVENDICATIONS,

— et le paiement de nos journées de grève.

NOUS SOMMES PRETS A USER DE NOTRE DROIT DE GREVE JUSQU'A SATISFACTION DE NOS
REVENDEICATIONS.

NOUS APPELONS LES TRAVAILLEURS DE TOUS LES HOPITAUX A DISCUTER AVEC NOUS ET A
VENIR NOUS SOUTENIR.

Les internes en grève
S.N.P.F.

Extraits du Journal LIBERATION du Jeudi 27 juin 1974

Hôpital psychiatrique du Mont d'or **Des malades au piquet de grève**

Lyon : l'ambiance est toujours à la gaité au piquet de grève du Centre psychothérapique de Saint-Cyr au Mont-d'Or, dans la banlieue de Lyon. Il fait beau sur cette colline bourgeoise et résidentielle et, de ce côté-ci du portail, infirmiers, agents de service, internes, médecins et malades discutent du dernier conseil d'administration et de la dernière entrevue avec la directrice. Un malade fait circuler l'orangeade tout en interpellant courtoisement les médecins-chefs Nique et Lustin pour qu'ils prennent position clairement contre l'administration. A la concier-

gerie, occupée ce matin par les grévistes, c'est un malade qui commande l'ouverture de la porte d'entrée... Un malade qui donne ou non la permission d'entrer dans l'hôpital, ça n'effraie pas les infirmiers mais ça doit contribuer à faire bondir l'administration : Mme Peyro, la directrice du centre, a envoyé à l'UD-CFDT un télégramme qui se termine par ces mots : « Suis étonnée attitude des grévistes qui n'est pas l'habitude du syndicat CFDT. Compte sur Centrale pour rétablissement légalité dans cette grève. » !!!

(Suite page 5)

« Pourquoi nous nous mettons en grève ? »

Parce que nous refusons que la direction se permette d'avoir tout pouvoir de décision. Ainsi elle refuse les permissions que signent pourtant les médecins. Elle refuse toute activité soignante extérieure. Elle démantèle les équipes soignantes et va ainsi à l'encontre de toute thérapeutique.

Parce que nous voulons des effectifs plus nombreux pour une bonne prise en charge des malades hospitalisés.

manque de personnel spécialisé alors qu'ils sont là pour leur formation.

Parce que nous voulons la mise en place d'une crèche prenant en charge les enfants du personnel.

Parce que nous refusons le salaire dérisoire des ASH qui n'atteint pas le SMIG.

Parce que nous voulons la prime de transport et la majoration des heures supplémentaires et la prime de service uniforme pour tous.

Parce que nous voulons

que les travailleurs puissent se réunir sur leur temps de travail et avoir un représentant au conseil d'administration.

Parce que nous voulons que les repas soient majorés en qualité et en quantité.

Parce que nous voulons que les régimes alimentaires soient soumis à l'approbation d'une diététicienne à embaucher.

Parce que nous voulons une désinfection plus fréquente, car l'hygiène ne semble pas préoccuper l'ad-

..... suite

Grève à l'hôpital de St. Cyr au Mont D'or

(Suite de la 1)

« Nous ne mettrons pas un verrou de plus au portail de l'asile »



En 1972 le Centre psychiatrique de St Cyr au Mont D'or, a vu ses portes fermées par les autorités. Les patients ont été transférés dans des centres de soins. L'équipe so-

interprétatif qui est l'apanage de la psychiatrie et son meilleur système de défense à l'égard du discours de la folie. Un exemple : l'équipe so-

forme en hôpital pour adultes par les besoins de la politique du secteur : il devra accueillir les malades résidant au nord de Lyon et sera ainsi le troisième hôpital de la région lyonnaise avec le Vinatier et Saint Jean de Dieu.

La quasi totalité du personnel infirmier qui y est nommé, les ASH (agents de service hospitalier) sont jeunes, ignorant tout de l'asile et prêts à tenter un travail qui échappe aux structures hiérarchiques des institutions classiques. L'équipe médicale est intriguée, ouverte à toute pratique qui démythifie son savoir et qui finit par faire triompher le réel.

Donc en 1972, St Cyr ne sert plus à recevoir des malades mais devient le lieu de l'asile de l'asile. Un seul pavillon fonctionnait au début : les Cédres. Quand on se rendait à l'hôpital, on se rendait à l'asile. C'était un lieu où l'on pouvait se sentir en sécurité. C'était un lieu où l'on pouvait se sentir en sécurité.

Un seul pavillon fonctionnait au début : les Cédres. Quand on se rendait à l'hôpital, on se rendait à l'asile. C'était un lieu où l'on pouvait se sentir en sécurité. C'était un lieu où l'on pouvait se sentir en sécurité.

Les infirmiers sortent beaucoup avec les malades, ils n'en ont pas peur même si parfois l'angoisse devant leur agressivité est telle qu'on se laisse aller à une piqûre punitive. Lorsque ça arrive, ce n'est pas dans la joie et on en discute longuement. Pour le reste, on laisse les malades se coucher à l'heure qui leur convient, on n'essaye pas de forcer un anorexique à bouffer à tout prix, on croit à une parole directe et spontanée et on met au rencart ce savoir

gnante a laissé un schizo-maniaque faire son avoyage » deux mois, en tolérant ses baffes, ses menaces et ses maquillages. Il s'en est senti et est en passe de devenir infirmier.

Le décret de Ponatowski du 14 janvier 74 tombe à point nommé (cf. Libé du 22.6). Les permissions de sortie des malades seront prises sur avis du médecin par le directeur.

« Il faut lutter, disent les docteurs Nique et Lustin, pour que les infirmiers comprennent ce droit qu'ils ont pris en main. Ils ont apporté à l'hôpital une expérience administrative à supporter la liberté d'autrui. Il faut insister sur le principe qui régit les décisions de l'administration et qui est qu'un malade soit inapte à se servir de sa liberté ».

A la fin, de qui se méfie-t-on ?

Le monde de St Cyr est à l'origine de la grève. C'est un monde où l'on peut se sentir en sécurité. C'est un monde où l'on peut se sentir en sécurité.

Circonstance favorable : quelques mois après un deuxième pavillon fonctionnait. Le secrétariat, l'essentiel de l'équipe médicale y démenage et le pavillon des Cédres se retrouve avec une présence médicale presque nulle. Pour ainsi dire, seuls dans leur pavillon, infirmiers et personnels de service ont alors la possibilité de travailler comme ils l'entendent. Le médecin accepte cette autonomie grandissante, il y voit même la

parole directe et spontanée.

C'est dans le service enfants qui par ailleurs fonctionne les le début avec une structure plus classique et avec des surveillants - qu'un accident survient en automne 73 : deux enfants se noient dans un bassin de l'hôpital. Le directeur M. Geran est tué à Chambéry et sa place est prise par l'écoulement de l'hôpital, Mme Payot, qui entendait les plaintes des malades, le ré-

La question pose de la place de l'hôpital de St Cyr en France. C'est un lieu où l'on peut se sentir en sécurité. C'est un lieu où l'on peut se sentir en sécurité.

Une grève à l'hôpital de St Cyr en 1974. C'est un lieu où l'on peut se sentir en sécurité. C'est un lieu où l'on peut se sentir en sécurité.

29 - 30 juin 1974

Libération

Hopital psychiatrique de St Cyr au Mont d'Or

« La grève c'est encore une institution »

Il y a une semaine, les infirmiers, le personnel de service, les internes de l'hôpital psychothérapeutique de Saint Cyr au Mont d'Or, soutenus par les malades, décidaient de se mettre en grève (voir *Libé* du 27 juin). Cette décision, prise en quelques heures, était l'aboutissement logique de plusieurs semaines de conflit avec l'administration qui voulait reprendre un pouvoir que, depuis deux ans, infirmiers, internes et malades lui avaient pratiquement confisqué. Grève heureuse, grève communautaire, c'était l'image que l'on pouvait donner de ce mouvement il y a encore quelques jours. Une grève qui finalement ne changeait rien au mode de vie de l'hôpital. On ose à peine le dire, mais l'ensemble de la population de l'hôpital avait su transformer ce qui devait être le troisième asile de Lyon en un endroit où il fait bon vivre. Bien sûr, tous les problèmes de la folie n'y étaient pas réglés, mais les contradictions qui partout empoisonnaient la vie, ici étaient vécues comme telles : « Quand on en a assez il faut partir, il ne faut pas chercher à rester à tout prix » disent les infirmiers.

Une semaine après, presque jour pour jour, la grève est terminée, sur un échec total semble-t-il. Après les négociations menées exclusivement par l'appareil syndical, seules les revendications salariales les plus secondaires sont acceptées. Les problèmes des abus de pouvoir de l'administration, les conditions de travail, rien n'est réglé. De l'enthousiasme du début à la confusion actuelle, difficile de voir le lien. Tout le monde s'interroge : Comment a-t-on pu en arriver là, alors que tout démarrait si fort ?

Un quiproquo, d'abord, et de taille, entre l'appareil syndical CGT et les grévistes. Si ces derniers faisaient de la lutte contre l'administration et son pouvoir, la chose capitale, l'appareil lui, n'a voulu voir que les revendications salariales et n'avait pour seul but que sa propre représentation au conseil d'administration. Restaient dans toutes les têtes les multiples télégrammes de la directrice aux centrales syndicales : « Prière à la centrale de rétablir la légalité dans cette grève ». C'est fait.

Pas d'animosité, pourtant, contre le délégué CGT lui-même, mais plutôt comme une pratique, une intervention d'appareil que tous avaient cru banni par deux ans de luttes quotidiennes.

Une idée, pourtant, a finalement fait son chemin : « Et si la grève n'était pas du tout le moyen de lutte qui correspond à

notre combat ? » Et cette idée, après des heures de discussion est manifestement dans toutes les têtes : « La grève, c'est arrêter la production, or pour nous ça ne colle pas : la sécurité est assurée, l'hosto tourne, on ne gêne personne ».

Mais surtout, la grève est vue comme une sorte de prolongement du pouvoir administratif : « La grève, c'est les syndicats et les seules revendications salariales, c'est encore une institution, avec ses pontes, son discours stéréotypé, ses pièges. Elle était importante pour l'opinion, la mobilisation (l'article de *Libé* était sur la table des négociations), mais c'est tout. A nos idées nouvelles, il faut des moyens de lutte nouveaux ».

Sur la pelouse, devant les pavillons, sous les yeux attentifs

des malades qui souvent participent à la réflexion, on imagine : « Des AG toute l'année ? Un contre-pouvoir ? Un contre conseil d'administration ? Des commissions ? Une grève totale ? Un comité de lutte ? Le refus d'obéissance ? » etc. Personne n'arrive à conclure : « Il n'y a que la CGT qui ait des conclusions » dit quelqu'un. Et alors qu'on croyait que tout était perdu.

En ce moment même, d'autres formes de lutte sont en train de naître, qui ne seront pas la grève, mais qui, à coup sûr, pour tout le monde à Saint Cyr au Mont d'Or, seront plus proches de ce que la vie communautaire a pu déjà créer depuis deux ans et c'est cela qu'il nous faudra soutenir.

Rédaction Lyon

-CAHIER DE REVENDICATIONS-ABUS DE POUVOIRS

Nous voulons le démantèlement des équipes (Services Adultes).

Nous voulons la mise en place des faisant-fonctions de Surveillant sans consultation de la Commission Paritaire et sans tenir compte des réserves apportées par le médecin chef.

Nous voulons que les permissions soient paraffées par la direction dès l'avis favorable du médecin.

Nous voulons l'horaire continu pour l'ensemble de l'unité de jour ; 9h-17h ; 2 personnes pouvant faire 9h30-17h30 ; Pour les ASH : 8h30-16h30 et 9h-17h.
Nous voulons le repas thérapeutique pour l'ensemble du personnel.

Nous voulons la suppression des demis repos pour les élèves.

EFFECTIFS

Nous voulons 2 élèves pour 1 poste d'infirmier.

Nous voulons que les élèves ne pratiquent pas plus de 120 à 240 h de stage de nuit pour la durée des études, en dehors des périodes de cours et des congés payés.

Nous voulons que les postes de personnel spécialisé soient en plus des effectifs infirmiers.

Nous voulons du personnel pour le fonctionnement de la sociothérapie, avec autonomie, par rapport aux différents secteurs.

CONDITIONS DE TRAVAIL

Nous voulons, pour les ASH, l'horaire continu : 7h-15h, avec application immédiate.

Nous voulons récupérer nos repos incérés dans les périodes de stage de formation.

Où en sont les démarches au sujet de la crèche ?

Nous voulons l'embauche de personnel en tant que stagiaire et non auxiliaire.

SECTORISATION

Nous voulons 3 voitures de secteurs.

Nous voulons la possibilité, pour chaque agent, d'assurer les relations et les soins de sectorisation.

Nous voulons une prime en charge par une assurance complémentaire pour les voitures personnelles (Assurance travail).

Nous voulons que les ordres de missions soient acceptés, par la direction, dès l'avis favorable des médecins chefs.

Nous voulons des agents supplémentaires pour permettre la sectorisation, en plus des effectifs (3 agents par secteur minimum)

Nous voulons les associations extérieures à l'établissement (loi 1901), pour la sectorisation.

AVANTAGES AU NIVEAU DES SALAIRES

Nous voulons une prime de service identique pour l'ensemble du personnel avec suppression des critères d'ancienneté, congés de maternité, accidents du travail, notation, etc...

Nous voulons la suppression de la notation.

Nous voulons le paiement en tant qu'élève de toutes personnes réussissant l'examen d'entrée et ceci dès l'embauche dans l'établissement.

Nous voulons une prime de transport de 50^F au minimum.

Nous voulons que l'indemnité de sujétion des dimanches et des jours fériés soit majorée de 50 % .

Nous voulons le paiement des demies heures de nuit de 21h à 21h30 pour les équipes de jour, avec effet rétroactif depuis le 1^{er} Janvier 1972.

Nous voulons que le salaire des ASH et ASI atteigne 1250^F.

LIBERTES SYNDICALES

Nous voulons la présence de représentants du personnel au CA(1 représentant par syndicat avec voie délibérative).

Nous voulons le paiement des salaires pour les congés éducation ouvrière.

Nous voulons un local syndical avec téléphone immédiatement.

Nous voulons l'heure syndicale d'information pour le personnel.

Nous voulons la liberté d'utilisation des heures syndicales CTP, CHS, etc, chaque mois.

Nous voulons la prise en considération des propositions faites par les organisations syndicales au sein du CTP et du CHS.

CONDITIONS DE VIE DES MALADES

Nous voulons que les repas soient majorés en qualité et en quantité pour les malades.

Nous voulons l'embauche d'une diététicienne (problème des régimes).

Nous voulons des désinfections plus fréquentes (Sécurité et hygiène).

Nous exigeons le paiement des jours de greve.

LES SYNDICATS:

CGT

CFDT

SNPF

NON SYNDIQUES.

UN MEDECIN-CHEF EST MIS A PIED ...

MOTIF : NE PAS PLAIRE AU POUVOIR.

Ce médecin-chef, titulaire à l'hôpital de Villefranche, hôpital général sans aucun lit de psychiatrie fut détaché par une convention personnelle en date du 22/12/71 au centre psychothérapique de St Cyr au Mont d'Or.

Parce qu'il inquiétait le pouvoir et les édiles locaux, le préfet, sous la pression des "sus-dits" locaux, et en accord avec le ministère, vient de dénoncer cette convention. Nous en arrivons à un paradoxe dont nous vous laissons juges : ce médecin, qui reste officiellement en effet chef du secteur psychiatrique de Villefranche, se voit interdit de pénétrer dans les services du centre psychothérapique où sont pourtant reçus les clients dont il a la responsabilité. Que devient la fameuse continuité thérapeutique rappelée dans la récente circulaire Poniatowski ?

POURQUOI LA DENONCIATION DE CETTE CONVENTION ?

Apparemment, le médecin devient le "bouc émissaire" des désordres administratifs.

En réalité, c'est là un des moyens de réprimer une orientation thérapeutique que ne peut supporter le pouvoir (droit de parole donné aux soignants, libre initiative et engagement personnel dans la thérapeutique).

Les difficultés administratives sont de fait énormes :

- Mauvaise gestion, bien démontrée par la succession de trois directeurs en trois ans ;

- Déficit budgétaire abyssal (ainsi l'hôpital cherche encore preneur, actuellement, pour une commande de 1 000 peupliers ! ..., le centre psychothérapique ayant au maximum 3 hectares !)

- Les emprunts dûs au département ne sont pas budgétisés et, peut-être par rétorsion, le département ne règle pas les sommes dues par l'aide sociale.

- Des actions administratives s'exerçaient, avec l'appui du C.A., en ignorant, voire en bafouant délibérément les règlements :

- . Nomination d'un surveillant-chef (non surveillant pavillonnaire) contre l'avis du médecin ;

- . Nomination de surveillants pavillonnaires, parfaitement incompétents, contre l'avis de médecins-chefs.

. Visites impromptues dans les services (perturbatrices quant aux soins), par l'administration, sans l'autorisation des médecins-chefs, comme il est de règle.

. Sanctions disciplinaires diverses à l'égard du personnel soignant sans ou contre l'avis du médecin-chef, sanctions ayant d'importantes incidences sur les revenus d'infirmiers déjà sous-payés, en leur supprimant parfois leurs primes de fin d'année ?

En fait, ce qu'il s'agit de réprimer, au nom d'un conformisme hospitalier, et de fait idéologique, c'est la reconnaissance de la folie, son acceptation en tant que telle, la prise en charge de ce qu'elle véhicule : souffrance protestation, refus d'un monde hyper-structuré, place du discours individuel ! Cette reconnaissance passe par la tolérance et l'acceptation totale de l'autre quel que soit ce qu'il est ou ce qu'il se révèle. Cet autre si différent, et pourtant en nous, à le reconnaître et à l'accepter, on risque de s'en trouver exclu, comme l'est toujours le fou, malgré le déni qui en est fait.

Section Locale C., Saint-Cyr du Syndicat National des
Psychiatres en Formation.

